

Prefeitura de Belo Horizonte
Secretaria Municipal de Saúde

Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de odontologia

**Avaliação da prevalência de cárie dentária e
seus fatores de risco em crianças de 0 a 3
anos da área de abrangência do Centro de
Saúde Amilcar Viana Martins – Distrito
Oeste - PBH**

**BELO HORIZONTE/MG
2009**

Prefeitura de Belo Horizonte
Secretaria Municipal de Saúde

Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de odontologia

CLÁUDIA MARIA NEVES DE ARAÍJO

**Avaliação da prevalência de cárie dentária e
seus fatores de risco em crianças de 0 a 3
anos da área de abrangência do Centro de
Saúde Amilcar Viana Martins – Distrito
Oeste - PBH**

Monografia apresentada ao Curso de
Especialização em Saúde Coletiva
com ênfase no Programa Saúde da
Família da Universidade Federal de
Minas Gerais, para obtenção de
título de especialista

Tutora: Profa Mara Vasconcelos

**BELO HORIZONTE/MG
2009**

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agente comunitário de saúde

ASB – Auxiliar de saúde bucal

CD – Cirurgião-dentista

CSAVM – Centro de Saúde Amílcar Viana Martins

EGM – Estreptococcus do grupo *mutans*

ESB – Equipe de saúde bucal

ESF – Equipe de saúde da família

HUPE – Hospital Universitário Pedro Ernesto

INTO – Inquérito de necessidades de tratamento odontológico

NASF – Núcleo de apoio à saúde da família

PSF – Programa de saúde da família

OMS – Organização Mundial de Saúde

TSB – Técnico de saúde bucal

UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro

UMEI – Unidade Municipal de Educação infantil

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Distribuição das crianças de 0 a 3 anos por idade e pelo sexo

QUADRO 2: Crianças com mancha branca ativa em relação ao INTO e em relação à idade

QUADRO 3: Relação das crianças com código 1 no INTO quanto à idade e ao sexo

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Distribuição das crianças em relação à presença ou não de mancha branca ativa

GRÁFICO 2: Distribuição das crianças com códigos “0” e 1 no INTO

RESUMO

O estudo avaliou a prevalência de cárie dentária e alguns fatores de risco nas crianças de 0 a 3 anos da equipe amarela do Centro de Saúde Amílcar Viana Martins. As ACS da equipe realizaram busca ativa das crianças e encontraram 143 crianças de 0 a 3 anos, pertencentes à área de abrangência da equipe amarela do Centro de Saúde Amílcar Viana Martins. Após a obtenção de consentimento livre e esclarecido, 81 crianças foram examinadas pela cirurgiã-dentista de apoio do Centro de Saúde. O exame clínico-visual foi realizado no domicílio, através de uma visita domiciliar previamente agendada pelas ACS com as famílias das crianças, onde também, os pais ou responsáveis responderam um questionário sobre a presença ou não de alguns fatores de risco para a doença cárie dentária em pacientes bebês. Para classificar as crianças, quanto à prevalência da cárie dentária, utilizou-se o INTO e a presença ou não de manchas brancas ativas. Observou-se que 9 crianças apresentavam mancha branca ativa, correspondendo a 11% do total. Destas, 3 apresentavam código "0" em relação ao INTO, enquanto as outras 6 apresentavam código 1. Em relação ao INTO encontrou-se 10 crianças com código 1 e 71 crianças com código "0", correspondendo a 12,5% e 87,5% respectivamente. Outros códigos não foram observados. Quanto ao questionário observou-se que a maioria das crianças são cuidadas, exclusivamente, pela mãe (64%), seguida pela avó (21%); 71 crianças (87,6%) realizavam a limpeza caseira de seus dentes, enquanto 10 não a realizavam (12,4%). A maneira mais comum de limpar os dentes, foi com escova dental e pasta de dente com flúor, perfazendo um total de 67,6% e a frequência mais comum foi 3 vezes ao dia, com um percentual de 26,7%. Somente 18,3% das crianças utilizam o fio dental. O responsável que mais auxiliava as crianças na limpeza dos dentes é a mãe, em um percentual de 84,5%. Sete crianças realizam a limpeza de seus dentes sozinhas (10%). Os pais ou responsáveis, em 63% dos casos, consideravam o comportamento da criança tranquilo, durante a limpeza dos dentes, enquanto 22,5% disseram que a criança recusava e 14,5% achavam que era agitado. 69% das crianças tomavam mamadeira, sendo 89% adoçadas. O açúcar foi o alimento mais utilizado para adoçar as mamadeiras sendo usado em 58% dos casos, seguido pelo Mucilon (52%). 35,8% das crianças mamavam durante a madrugada, sendo que 65,5% utilizavam mamadeiras, 31% mamavam no peito e 3,5% usavam copo. O consumo de açúcar das crianças foi considerado alto por 37% dos responsáveis. A partir dos dados levantados, concluiu-se que a situação de saúde bucal das crianças de 0 a 3 anos de idade da equipe amarela do Centro de Saúde Amílcar Viana Martins é relativamente boa, porém algumas crianças já apresentavam sinais da doença cárie dentária, muito precocemente, e alguns fatores de risco foram detectados, mesmo nas crianças que não apresentavam sinais clínicos da doença, mostrando a necessidade de um acompanhamento e um monitoramento por parte da ESB e da equipe do PSF. Desta forma as autoras sugerem um Projeto de Intervenção e um protocolo de acompanhamento das crianças de 0 a 3 anos da equipe amarela do Centro de Saúde Amílcar Viana Martins que visa tratar todas as crianças com necessidades, acompanhar todas as crianças até a idade de 5 anos, , promovendo um trabalho educativo, em integração com a ESF e realizar a capacitação de todos os profissionais da equipe amarela, do NASF e da médica de apoio do Centro de Saúde Amílcar Viana Martins, quanto ao reconhecimento dos sinais precoces da doença cárie dentária, à identificação dos fatores de risco relacionados a esta doença e quanto às orientações básicas em saúde bucal, através de encontros mensais de toda a equipe.

PALAVRAS-CHAVE: Cárie-dentária; bebês; prevalência; risco

SUMMARY

The study assessed the prevalence of dental caries and some risk factors in children from 0 to 3 years of staff yellow of health center Amílcar Viana Martins. The ACS team conducted active children and found 143 children 0-3 years-team spanning yellow of health center Amílcar Viana Martins. After obtaining free and informed consent, 81 children were examined by cirurgiã-support dental health centre. The clinical examination-visual was performed in the home, through a home visit previously scheduled by the ACS with the families of children, where the parents responded to a questionnaire on the presence or not of some risk factors for dental caries disease in patients babies. To classify children, about the prevalence of dental caries, used the INTO and the presence or not of white spots active. It was noted that 9 children had white spot active with 11% of the total. Of these, 3 had "0" in relation to the into, while the other 6 had 1. In relation to INTO, 10 children were met with code 1 and 71 children with code "0", corresponding to 12.5% and 87.5% respectively. Other codes have not been observed. As questionnaire noted that the majority of children are cared for exclusively by the mother (64%), followed by grandmother (21%); 71.6% (children were cleaning your teeth homespun, while 10 not conducted (12.4%). The most common way to clean the teeth, dental was toothbrush and toothpaste with fluoride, making up a total of 67,6% and most common frequency was 3 times a day with a 26,7% percentage. Only 18.3% of children using the floss. The person who most helped children in cleaning teeth is the mother in a percentage of 84.5%. Seven children perform cleaning your teeth alone (10%). Parents or responsible in 63% of cases, thought that the child's behavior were tranquil during cleanup of the teeth, while 22.5% said that the child refused and 14.5% believed that it was stirred. 69% of children took baby bottle, while 89% sweetened. Sugar was the food more used to soften the bundle being used in 58% of cases, followed by Mucilon (52%). 35.8% of children taken milk overnight, and 65.5% used to take bundle, 31% the breast and 3.5% used glass. Sugar consumption of children was considered high by 37% of those responsible. From data raised, it was concluded that the dental health situation of children from 0 to 3 years old yellow team's health centre Amílcar Viana Martins is relatively good, though some children already exhibited signs of dental caries disease, very early on, and some risk factors were detected, even in children who do not clinical signs of disease, showing the need for a follow-up and monitoring by the ESF and the PSF team. The authors suggest a project intervention and a monitoring protocol of children from 0 to 3 years of yellow team of Amilcar Viana Martins's health centre which aims to treat all children with needs, track all children until the age of 5 years, promoting educational work on integration with the ESF and carry out the training of all professional staff yellow, NASF and medical support of health center Amílcar Viana Martins, as regards the recognition of early signs of the disease dental caries, identification of risk factors related to this disease and as basic guidelines dental health, through monthly meetings of the whole team.

SUMÁRIO

	págs
Resumo	
1 – Introdução e revisão da literatura	07
2 – Objetivos	11
3 – Objetivos Específicos	11
4 – Materiais e métodos	11
5 – Resultados e discussão	15
6 – Conclusão	19
7 – Projeto de intervenção	19
7.1 – Problema	20
7.2 – Justificativa	20
7.3 – Proposta	20
7.4 – Protocolo de acompanhamento das crianças	21
8 – Anexos	22
8.1 – Anexo 1.....	22
8.2 – Anexo 2	23
9 – Referências bibliográficas	24

1 – INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA

A saúde de uma maneira geral, em especial a saúde bucal, mudou muito nos últimos anos, principalmente no que diz respeito à promoção e prevenção de doenças. Com o advento do Programa Saúde da Família (PSF), a promoção, prevenção e manutenção de saúde bucal ganharam um novo foco, mais centrado no indivíduo e sua família e menos centrado na doença. A educação passou a ser uma ferramenta de extrema importância, que busca um maior empoderamento, por parte das pessoas, dos conhecimentos sobre sua saúde, e desta forma, torna-se um instrumento de transformação social.

A cárie dentária ainda é um dos grandes problemas de saúde pública no Brasil, devido à sua alta prevalência na população, e necessita que medidas educativas e cuidados precoces sejam instituídos, através de um trabalho multidisciplinar e multiprofissional, que envolva as diversas áreas da saúde, a fim de que, no futuro, a realidade atual se modifique. Daí a importância da atenção odontológica a pacientes bebês.

De acordo com o SB Brasil finalizado em 2003, 26,85% das crianças brasileiras de 18 a 36 meses de idade e 59% das crianças de 5 anos, possuem a doença cárie dentária. Em média, uma criança brasileira de 3 anos de idade ou menos já possui pelo menos um dente com experiência de cárie dentária (ceo-d 1,07). Aos 5 anos, esta média aumenta para 3 dentes atacados (ceo-d 2,80) , ressaltando-se que na maioria dos casos, o componente cariado é responsável por mais de 80% do índice na idade de 5 anos e de mais de 90% nas crianças de 18 a 36 meses.

Segundo Guimarães et al. (2003) a atenção precoce desponta, neste novo milênio, como o modelo assistencial mais indicado para promover saúde em crianças de tenra idade. As autoras apostam fortemente na educação em saúde como o grande instrumento transformador que contribuirá para o surgimento de gerações mais esclarecidas, mais atuantes e mais saudáveis.

Medeiros et al. (1998) ressaltam que no Brasil, com exceção de algumas cidades, ainda não existe atendimento odontológico com ampla cobertura para gestantes e pacientes bebês de até 3 anos, visto que na maioria das vezes não há pessoal especializado, há desinformação e além disso, existe a crença da população e dos profissionais que atribuem um comportamento difícil do bebê ao tratamento. Isto tudo dificulta a aceitação por parte dos pais e até mesmo profissionais pela falta de um treinamento acadêmico.

Além disso, Santiago et al.(2002) avaliando o conhecimento dos médicos pediatras acerca da saúde bucal de crianças entre 0 e 3 anos, concluíram que eles possuem um conhecimento vago sobre saúde bucal, indicando que deve haver uma maior interação entre a Medicina Pediátrica e a Odontologia para bebês. A coleta de dados foi realizada através de questionários aplicados a pediatras, atuantes no serviço público e/ou privado e foram abordados assuntos como fluoretos, doença cárie e sua transmissibilidade, amamentação natural e artificial, dentre outros.

Estudos epidemiológicos mostram que o meio mais efetivo de controle de cárie precoce da infância é baseado na prevenção e não no tratamento restaurador e que a melhor conduta seria orientar e aconselhar as gestantes, já que uma das grandes dificuldades do controle desta doença é o fato de que poucos pais levam suas crianças ao dentista antes

dos três anos de idade, enquanto as consultas médicas, nesta fase, são freqüentes (HOROWITZ apud SANTOS & SOVIERO, 2002).

De acordo com Barbosa & Medeiros (2000) a cárie dentária é uma doença infecciosa, crônica, transmissível, de origem bacteriana. Os microorganismos causadores desta doença formam colônias que aderem à superfície dentária através da placa bacteriana dental. Sob condições favoráveis, podem fermentar açúcares para produzirem ácidos, que, por sua vez, causarão a desmineralização do esmalte dentário.

Segundo Guedes-Pinto (1995) o primeiro sinal de cárie aguda no ser humano é o que ele chama de “Síndrome da Cárie de Mamadeira” que acomete crianças pequenas com hábitos inadequados de alimentação, com o uso freqüente e prolongado de mamadeira (geralmente adoçadas com sacarose) ou peito materno, principalmente durante a noite. Este tipo de cárie exhibe suas lesões em todos os dentes anteriores-superiores e primeiros e segundos molares inferiores.

Já Davies (1998) citado por Santos & Soviero (2002) lembra que as lesões de cárie precoce da infância afetam, inicialmente, os incisivos superiores decíduos e clinicamente elas aparecem como manchas brancas ao longo da margem gengival. Em casos avançados, as coroas dos dentes podem ser totalmente destruídas. Uma vez que as primeiras lesões de cárie podem desenvolver-se tão logo os incisivos decíduos erupcionem, é muito importante que os pais e/ou cuidadores estejam aptos a reconhecer os primeiros sinais clínicos desta doença.

Alguns fatores de risco para o desenvolvimento da doença cárie dentária em bebês já estão bem esclarecidos. A higienização bucal, o controle da dieta alimentar com utilização inteligente do açúcar, o aumento da resistência do hospedeiro através da terapia com fluoretos e o controle da microbiota bucal são elementos essenciais para o estudo dos fatores causais da doença cárie (BARBOSA & MEDEIROS, 2000).

Segundo Walter & Nakama (1998) esses fatores são a ingestão descontrolada de alimentos ricos em carboidratos, e sem os devidos hábitos de higiene. Em seu estudo, a determinação do risco foi baseada nos fatores ambientais, analisando-se principalmente a higienização bucal (se é feita sempre imediatamente após a criança se alimentar) e nos hábitos alimentares inadequados, destacando o consumo excessivo de carboidratos, a ingestão de alimentos acima de 6 vezes por dia e a amamentação noturna. As 416 crianças selecionadas na Bebê-Clínica da Universidade Estadual de Londrina, não apresentavam cárie dentária e foram separadas em pacientes sem risco e pacientes de risco. Os autores concluíram que a possibilidade e a probabilidade de prevenção atingem 100% quando o paciente ingressa no programa com menos de 12 meses de idade e sem fatores de risco ou, possuindo o risco que este seja revertido nos primeiros 6 meses de acompanhamento. Estes fatos parecem indicar que a educação prévia dos pais vem a ser um dos fatores mais importantes na manutenção da saúde bucal de pacientes bebês.

De acordo com Fraiz (1996) a possibilidade de contato com açúcar em crianças de pouca idade, deve merecer especial atenção, já que se têm sugerido que os padrões dietéticos adquiridos na infância formam as bases para os futuros hábitos alimentares.

Moraes et al.(2005) analisando 735 prontuários de uma clínica de bebês, observaram um elevado consumo de dieta noturna (73,7%), de açúcar (76%), e um grande número de pacientes recebendo higiene bucal (76,9%), além de elevada frequência de cárie dentária precoce (29,8%) e concluíram que há uma relação positiva entre o consumo de dieta noturna e a frequência de cárie em pacientes bebês.

Grindefjord (1995) citado por Medeiros et al. (1998) demonstrou que a colonização de estreptococos grupo *mutans* (EGM) em crianças, tem sido associada com o risco de desenvolvimento da doença cárie em idade precoce. Sendo assim, crianças que apresentam a doença antes de 3 anos são consideradas predisponentes a ela também na dentição permanente, o que enfatiza a importância de investigações e atendimento primário, antes do aparecimento da doença, preservando e promovendo saúde.

Walter (1996) diz que a aquisição das bactérias se faz pelo contato do bebê com o ambiente familiar e isto começa a ocorrer no primeiro dia de vida. Porém o período de maior aquisição de estreptococos grupo *mutans* (EGM), definido por Caufield et al. (1993) citado por Walter (1996) como “janela de infectividade”, ocorre no período entre 19 e 28 meses e parece estar relacionado ao irrompimento dos primeiros molares decíduos. Segundo o autor, as crianças que escapam deste primeiro contágio, permanecem livres de EGM até os 6 anos de idade, quando os molares permanentes erupcionam.

Guedes-Pinto (1995) também relata que a cavidade bucal é considerada praticamente estéril nas primeiras 10 horas após o nascimento da criança. Após este período, no que concerne à doença cárie, o contágio geralmente ocorre através do beijo dos adultos na boca das crianças, quando os responsáveis esfriam o alimento infantil pelo sopro ou experimentam a comida com o mesmo talher do bebê.

De acordo com Bonachela & Cordeiro (1996) estudos possibilitam identificar que as crianças exibem perfil bacteriano similar aos de seus pais, e muitas vezes, sorotipo e subtipo dos estreptococcus grupo *mutans* (EGM), provando assim o contágio dos bebês, através de seus parentes próximos.

Portanto, segundo Medeiros (1993) a atenção precoce levaria a uma ação eficaz na diminuição dos fatores de risco, através da educação, e a um aumento da resistência do hospedeiro humano, representado pelo elemento dentário, através da utilização de terapia com fluoretos como medida de promoção de saúde.

A prevalência da cárie dentária nos primeiros anos de vida é um assunto muito discutido, cujas variáveis existem dentro das características sociais, culturais e econômicas de cada população (WALTER, 1996).

Vários estudos citados por Walter & Nakama (1998) mostram que a prevalência da cárie fica abaixo dos 10% nos primeiros 12 meses de vida e, à medida que aumenta a idade, aumenta a prevalência desta enfermidade na população. Os autores citam o trabalho de Morita (1991) em crianças brasileiras, que informa que aos 12 meses de idade, cerca de 90% dos bebês estão livres da cárie dentária, enquanto que aos 36 meses, mais de 50% delas já apresentam a doença.

Medeiros et al. (1998) realizaram uma investigação epidemiológica em 726 pacientes de 6 a 36 meses de idade, de diversos grupos étnicos e classe social, residentes no Estado do Rio de Janeiro e observaram que entre 6 a 12 meses de idade, há um menor percentual de crianças com dentes cariados, isto é, 1,56% quando comparado ao percentual de 13,45% para as idades de 13 a 24 meses e de 35% para a faixa de 25 a 36 meses. Os autores declaram que o importante de todo trabalho de promoção de saúde na intenção de obter a redução da prevalência da doença cárie dentária em pacientes bebês, é instituir cuidados precoces, tais como a motivação da gestante a uma mudança de atitude em relação a sua saúde bucal e de seu filho, para sair da condição de busca de tratamento para a busca da promoção de saúde.

Arias et al. (1997) analisaram a saúde oral de 347 crianças de 0 a 36 meses em 5 creches da rede pública do município de Belém (PA) e observaram um aumento do percentual de dentes acometidos pela doença cárie a medida que a idade avançava. Os autores citam as ações educativas como o caminho para a promoção de saúde bucal em crianças brasileiras.

Santos & Soviero (2002) avaliaram a prevalência de cárie e de fatores de risco em 80 crianças com idade até 36 meses, cadastradas no Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE - UERJ). A prevalência de cárie encontrada, incluindo lesões não cavitadas, foi de 41,6%. Os dentes mais afetados foram os anteriores superiores e o tipo de lesão mais comum foi a mancha branca ativa. Os resultados sugerem que o acúmulo de biofilme dental espesso foi o fator preponderante para a ocorrência da cárie de estabelecimento precoce na amostra avaliada.

Scavuzzi et al. (2007) realizaram um estudo longitudinal prospectivo da cárie dentária, no período de 1998 a 2001, numa amostra de 136 crianças, com idade inicial entre 12 a 30 meses, na cidade de Feira de Santana-BA cuja água de abastecimento é fluoretada e encontraram uma prevalência de cárie dental, no exame inicial, de 5,9%, de 18,4% após 1 ano e de 40,4% após 3 anos (um incremento de 39,7%). Houve associação significativa entre as variáveis mancha branca, placa visível e experiência progressiva de cárie com o incremento de cárie dentária após 3 anos.

Souza & Vieira (2007) estudaram a prevalência de cárie severa em 67 crianças pertencentes a 2 creches públicas municipais da cidade de Recife-PE, no ano de 2004. A prevalência encontrada foi de 50% aos 3 anos de idade e 41,9% aos 4 anos. Concluiu-se que houve alta prevalência de cárie e que este fato deve ser visualizado como problema de saúde pública, gerando mudanças importantes ao nível de prevenção primária, secundária e terciária para melhorar a qualidade de vida das crianças.

O nível sócio-econômico e a questão cultural são fatores decisivos para a incidência da cárie na população brasileira. Na cárie de mamadeira, pior ainda. Para alguns cirurgiões-dentistas, o problema é cultural, daí educar para prevenir se torna imperativo, além do que mais simples e a custo menor (STELLUTO JR., 1995).

Segundo Bonachela & Cordeiro (1996) a conscientização e a mudança de atitudes ainda são os meios mais eficazes de controle da atividade das doenças cárie e periodontal.

A manutenção da saúde bucal implica uma responsabilidade do CD e dos profissionais da área de saúde, pois a integração entre a pediatria e a odontologia é fundamental (SEERIG et al., 1998; RAMOS & MAIA, 1999)

O Cirurgião-dentista tem papel fundamental na promoção e prevenção da doença cárie dentária em bebês. Ele tem responsabilidades sociais. Sua função não se resume a apenas tratar. O trabalho preventivo, cuja multiplicação deve começar pelo profissional, é vital para o sucesso da batalha contra a cárie, especialmente em crianças (STELLUTO JR., 1995; RAMOS & MAIA, 1999).

Ramos & Maia (1999) ainda ressaltam que a disseminação dos conhecimentos do CD, objetivando a promoção de saúde da população, representa a principal meta educacional a ser alcançada e deve iniciar-se o mais precoce possível, já que a idade de 0 a 4 anos é fundamental para o condicionamento da criança em relação a ter uma alimentação saudável e hábitos de higiene oral adequados. Daí a orientação aos pais, às gestante e às mães de recém-nascidos serem tão importantes, já que estes passam a ser o principal agente para o desenvolvimento de hábitos em seus filhos.

De acordo com Magalhães et al. (2005) além do aconselhamento às mães, é necessário o treinamento destas para que haja uma adequada higiene bucal do bebê.

Seerig et al. (1998) concluíram que a prevalência da cárie em bebês é alta, aumentando muito com a evolução da idade, sendo necessária uma ação oportuna ainda no primeiro ano de vida no sentido de aconselhar os pais a evitarem, prevenirem, e/ou controlarem a cárie dentária. Todos os fatores responsáveis pelo aparecimento da cárie devem ser abordados a fim de se promover o controle da doença.

2 – OBJETIVOS

Conhecer a prevalência da doença cárie dentária nas crianças de 0 a 3 anos de idade da área de abrangência do Centro de Saúde Amílcar Viana Martins (CSAVM).

3 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a prevalência da doença cárie dentária nas crianças de 0 a 3 anos pertencentes à área de abrangência do Centro de Saúde Amílcar Viana Martins (CSAVM), através do índice de necessidades de tratamento odontológico (INTO).
- Elaborar uma estratégia de atenção em saúde bucal para as crianças de 0 a 3 anos e suas famílias, com a participação das equipes de PSF e equipes de saúde bucal (ESB) do CSAVM.

4 – MATERIAIS E MÉTODOS

O Centro de Saúde Amílcar Viana Martins – CSAVM – é uma das 14 Unidades Básicas de Saúde que compõem o Distrito Oeste da região metropolitana de Belo Horizonte. Pelo último censo, realizado no ano de 2000, a população da área de abrangência do

CSAVM é de 10.250 habitantes, divididos em: elevado risco (2.061 habitantes), médio risco (7.132 habitantes) e baixo risco (1.057 habitantes).



O CSAVM conta com 3 equipes de saúde da família e 4 médicos de apoio, sendo: um clínico, uma pediatra, uma ginecologista e uma homeopata pediátrica, assim como uma assistente social. A saúde bucal conta com uma equipe integrada ao PSF formada por: 1 cirurgiã-dentista (CD), 1 técnica em saúde bucal (TSB) e 1 auxiliar de saúde bucal (ASB) (todos 8 horas) e uma equipe de apoio formada por 1 cirurgiã-dentista (4 horas) e 1 auxiliar de saúde bucal (6 horas). No CSAVM, trabalham ao todo 13 agentes comunitárias de saúde (ACS).

Como o CSAVM não possui Unidades Municipais de Educação Infantil (UMEI), nem creches, foi necessário realizar a busca ativa das crianças de 0 a 3 anos de idade, através das ACS de todo o CS. Com a busca ativa foram encontradas 354 crianças, sendo 143 da equipe amarela, 119 da equipe azul e 92 da equipe verde.

Devido ao grande número de crianças e para um melhor desenvolvimento e planejamento do estudo, somente as crianças da equipe amarela, a mais numerosa, foram selecionadas para serem examinadas pela CD de apoio. Posteriormente, em outra fase do trabalho, serão examinadas as da equipe azul e verde. A decisão, ou seja, a escolha de trabalhar com a equipe amarela, nos permite uma melhor avaliação dos resultados e um melhor aprimoramento, se necessário, dos métodos utilizados.

A equipe amarela é composta por uma médica, uma enfermeira, 2 auxiliares de enfermagem e 5 ACS. Estas últimas foram orientadas, pela CD de apoio, a entregar, pessoalmente, os Termos de Consentimento para participação no estudo (anexo I), em duas vias, para as famílias das crianças encontradas por elas, e retornar com as autorizações assinadas, em um prazo de 15 dias, a fim de que se obtivesse o número correto de crianças que participariam do estudo e que seriam examinadas pela CD de apoio do CSAVM.

Dos 143 Termos de Consentimento entregues pelas ACS, 103 retornaram assinados, concordando em participar do estudo e 40 termos foram devolvidos em branco, por não terem concordado em participar ou por seus participantes terem mudado de endereço.

A partir dos Termos de Consentimento assinados, as visitas domiciliares foram agendadas, pela CD de apoio, com cada ACS da equipe amarela, separadamente. Um dia antes, a ACS avisava as famílias, sobre as visitas que seriam realizadas no dia seguinte. As visitas contaram com a presença da CD de apoio, da ACS responsável pela área e em alguns casos, da auxiliar de saúde bucal (ASB) da equipe de saúde bucal de apoio do CSAVM.



Das 103 crianças que consentiram em participar do estudo, 81 foram examinadas pela CD de apoio. As outras 22 crianças não foram encontradas em casa no momento da visita, por estarem na aula ou na casa de algum parente.

Nas residências, um questionário foi respondido pelos responsáveis pela criança (anexo II). O questionário buscou avaliar a presença ou não de alguns fatores de risco para a doença cárie dentária em pacientes bebês e serviu para auxiliar no planejamento das ações a serem desenvolvidas com as crianças e suas famílias.



Após o questionário, realizou-se o exame clínico-visual das crianças, pela CD de apoio, em local com boa luminosidade natural. As crianças de 0 a 2 anos foram examinadas

deitadas no colo da dentista e da(o) responsável pela criança, no momento do exame, enquanto as de 3 anos foram examinadas em pé, devido à maior colaboração por parte destas. Na maioria dos casos, foi realizada uma limpeza prévia, com gaze, para melhor visualização da presença ou não de lesões cáries, principalmente, manchas brancas. A examinadora utilizou, durante todos os exames, equipamento de proteção individual (gorro, máscara, avental), além dos seguintes materiais:

- Luvas descartáveis
- Gazes
- Palitos abaixadores de língua
- Almotolia com álcool gel.



Para classificar as crianças, quanto à prevalência da cárie dentária, utilizou-se o INTO (inquérito de necessidades de tratamento odontológico):

- Código 0: criança que não apresenta dente permanente e/ou temporário com cavidade. Não necessita de restauração ou extração.
- Código 1: criança que apresenta até 3 dentes permanentes e/ou temporários com cavidades evidentes necessitando de restauração e/ou extração.
- Código 2: criança que apresenta de 3 a 8 dentes permanentes e/ou temporários com cavidades evidentes necessitando de restauração e/ou extração.
- Código 3: criança que apresenta mais de 8 dentes permanentes e/ou temporários com cavidades evidentes necessitando de restauração e/ou extração.
- Marcar com um asterisco quando houver queixa de dor aguda.

O INTO é um instrumento utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte para organização do atendimento odontológico. O inquérito de necessidades em saúde bucal orienta a coleta de dados para a posterior análise e tomada de decisões no planejamento da atenção individual e coletiva. É um instrumento de Vigilância Epidemiológica utilizado com a finalidade de planejamento das ações de saúde bucal, subsidiando o agendamento para o atendimento individual e orientando a frequência da participação nos procedimentos coletivos. Trata-se de um indicador individual que gera uma classificação coletiva. Possibilita uma configuração quantificada e qualificada das necessidades de atenção dos grupos estudados (PBH, 2005).

No exame clínico- visual, a presença ou não de manchas brancas ativas, também foi observada.

Após cada exame, a criança recebia um kit de saúde bucal do Ministério da Saúde, que continha: uma pasta dental, uma escova de dente e um fio dental, como brinde pela sua participação no estudo. As devidas orientações, principalmente, quanto ao uso da pasta dental, foram repassadas para os responsáveis pelas crianças.



5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

No exame clínico-visual foram examinadas 81 crianças da equipe amarela do Centro de Saúde Amílcar Viana Martins. As idades variaram de 0 a 3 anos conforme mostra o quadro 1:

QUADRO1: Distribuição das crianças de 0 a 3 anos por idade e pelo sexo

IDADES	SEXO FEMININO	SEXO MASCULINO
0 A 11 MESES	6	4
12 A 23 MESES	16	12
24 A 36 MESES	5	15
MAIS DE 36 MESES	14	9
TOTAL	41	40

Nas crianças examinadas observou-se a presença de mancha branca ativa em 9 crianças, o que corresponde a 11% do total. Nas outras 72 crianças (89%) não foram observadas a presença de mancha branca ativa, conforme mostra o gráfico 1:

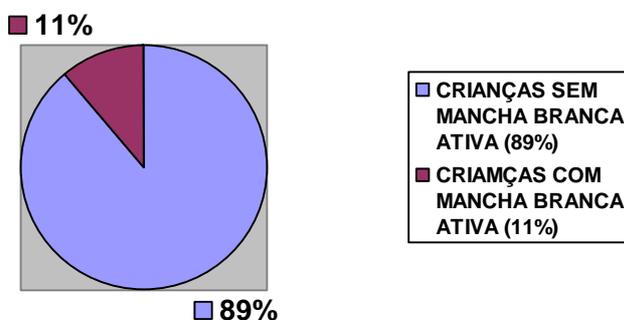


GRÁFICO 1: Distribuição das crianças em relação à presença ou não de mancha branca ativa

Das crianças com mancha branca ativa, 3 apresentavam código “0” em relação ao INTO, enquanto as outras 6 apresentavam código 1 de acordo com o quadro 2:

QUADRO 2: Crianças com mancha branca ativa em relação ao INTO e em relação à idade

CÓDIGO DO INTO	No DE CRIANÇAS COM MANCHA BRANCA ATIVA	IDADES
CÓDIGO “0”	3	1 ANO E 3 MESES
		1 ANO E 5 MESES
		24 MESES
CÓDIGO 1	6	1 ANO E 5 MESES
		2 ANOS E 11 MESES
		3 ANOS
		3 ANOS
		3 ANOS
		3 ANOS E 1 MÊS

Estes dados mostram que crianças, em idades muito precoces, já apresentam sinais clínicos da presença da doença cárie dentária e que a medida que a idade avança, há um aumento da quantidade e da gravidade desta doença em pacientes bebês, o que coincide com os trabalhos de Arias et al. (1997) e de Medeiros et al. (1998).

Em relação ao INTO encontrou-se 10 crianças com código 1 e 71 crianças com código “0”, correspondendo a 12,5% e 87,5% respectivamente. Outros códigos não foram observados, como é mostrado no gráfico 2:

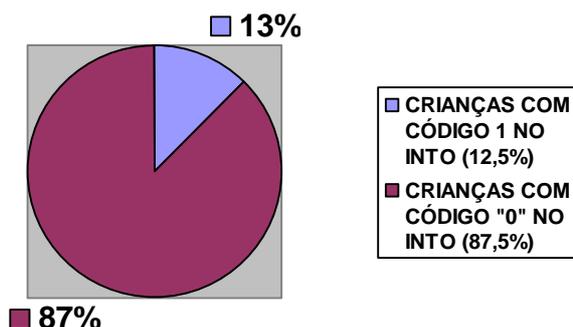


GRÁFICO 2: Distribuição das crianças com códigos “0” e 1 no INTO

As 10 crianças com código 1 apresentavam as seguintes idades como mostra o quadro 3:

QUADRO 3: Relação das crianças com código 1 no INTO quanto à idade e ao sexo

TOTAL DE CRIANÇAS COM CÓDIGO 1 NO INTO	IDADES	SEXO
10	1 ANO E 5 MESES	MASCULINO
	24 MESES	FEMININO
	2 ANOS E 10 MESES	MASCULINO
	2 ANOS E 11 MESES	MASCULINO
	36 MESES	MASCULINO
	36 MESES	MASCULINO
	36 MESES	MASCULINO
	36 MESES	FEMININO
	3 ANOS E 1 MÊS	FEMININO
	3 ANOS E 4 MESES	MASCULINO

Com base nestes dados, notou-se que nos primeiros 12 meses de vida, não foi observada a presença de cárie dentária nas crianças examinadas, o que vai de acordo com os trabalhos de Walter & Nakama (1998) e de Medeiros et al. (1998) que mostram que a

prevalência de cárie dentária no primeiro ano de vida é muito baixa. Além disso, observou-se que a grande maioria das crianças com a doença cárie (código 1) apresentavam 3 anos de idade ou estavam próximas a esta faixa etária. Este fato também está de acordo com a literatura (Walter & Nakama (1998); Medeiros et al. (1998); Santos & Soviero (2002); Scavuzzi et al. (2007); Souza & Vieira (2007)) que mostra índices de prevalência de cárie dentária mais altos para esta faixa etária e também de acordo com o SB Brasil (2003) que aponta que aos 3 anos de idade, a criança brasileira já possui pelo menos um dente com experiência de cárie. No entanto, o índice total de 12,5% de crianças examinadas com lesões de cárie cavitadas, com idades de zero a 3 anos de idade, foi abaixo do índice encontrado no estudo de Santos & Soviero (2002) que foi de 41,6%, mas está mais próximo do encontrado por Scavuzzi et al. (2007) que foi de 5,9%, ao examinar inicialmente 136 crianças de 12 a 30 meses. Porém o estudo de Santos & Soviero (2002) incluiu lesões não cavitadas. Quando este dado é colocado no presente estudo, ou seja, crianças com lesões de cárie cavitadas e/ou presença de mancha branca ativa, o índice de prevalência de cárie sobe de 12,5% para 16%.

De acordo com o questionário aplicado aos pais ou responsáveis pelas crianças examinadas, observou-se que a maioria das crianças são cuidadas, exclusivamente, pela mãe (64%). A segunda pessoa responsável mais citada foi a avó, num total de 21%.

Em relação à limpeza bucal realizada em casa, notou-se que 71 crianças (87,6%) realizavam a limpeza, enquanto 10 crianças (12,4%) não a realizavam. A maneira mais comum de realizar a limpeza dos dentes, declarada pelos responsáveis, foi com escova dental e pasta de dente com flúor, perfazendo um total de 67,6%. Outras formas citadas foram: escova dental e pasta sem flúor (14%); fralda ou gaze com água filtrada (14%); dedeira ou escova de silicone (2,8%) e escova dental com água (1,6%). Em relação à frequência da escovação, houve uma grande variação, porém a mais comum foi 3 vezes ao dia (manhã, tarde e noite), com um percentual de 26,7%. Das crianças que realizam a limpeza bucal em casa, somente 18,3% utilizam também o fio dental. O responsável que mais auxiliava as crianças na limpeza dos dentes é a mãe, em um percentual de 84,5%, seguida pelo pai (14%), pela avó (2,8%) e pela tia (2,8%). Sete crianças realizam a limpeza de seus dentes sozinhas, correspondendo a um percentual de 10%. Os pais ou responsáveis, em 63% dos casos, consideravam que o comportamento da criança, durante a limpeza dos dentes, era tranquilo, enquanto 22,5% disseram que a criança recusava e 14,5% achavam que era agitado.

Das crianças avaliadas, 69% tomavam mamadeira. Destas 89% eram adoçadas. O açúcar foi o alimento mais utilizado para adoçar as mamadeiras sendo usado em 58% dos casos, seguido pelo Mucilon (52%). Muitas vezes, os dois alimentos eram usados juntos. Outros alimentos citados para adoçar as mamadeiras foram: Toddy (22%); farinha láctea (10%); gelatina (4%); aveia (2%); biscoito de maisena (2%) e Neston (2%).

Em relação à amamentação noturna, 35,8% das crianças mamavam durante a madrugada, sendo que 65,5% utilizavam mamadeiras; 31% mamavam no peito e 3,5% usavam copo.

Quando perguntamos aos responsáveis se a criança comia muitos alimentos com açúcar, 37% responderam que sim, enquanto 63% responderam que não.

Com base nestes dados, percebemos que os carboidratos, desde muito cedo, estão muito presentes na alimentação das crianças, e provavelmente são introduzidos pela mãe que normalmente é a pessoa que controla os alimentos que são consumidos em casa. Muitas crianças usam pasta dental com flúor muito antes de terem aprendido a cuspir, o que pode aumentar o risco de fluorose. Um terço das crianças mama de madrugada, o que aumenta o risco de desenvolver a doença cárie dentária. A partir destas evidências, concluímos que em um país como o Brasil, onde a prevalência da doença cárie ainda é tão alta, é necessário promover ações educativas com os pais, mas, principalmente, com as mães, pois são elas que mais ficam e cuidam dos filhos, o que está de acordo com os trabalhos de Horowitz apud Santos & Soviero (2002); Ramos & Maia (1999); Magalhães et al. (2005). Estas ações devem ser instituídas, o mais precoce possível, objetivando a promoção de saúde bucal, a conscientização e a instalação de bons hábitos alimentares e de higiene oral, o que é corroborado por Seerig et al. (1998), Bonachela & Cordeiro (1996), Arias et al. (1997), Medeiros et al. (1998) e Guimarães et al. (2003). Concordamos com Stelluto Jr (1995) e com Ramos & Maia (1999) quando declaram que o cirurgião dentista precisa sair da função de apenas tratar, e assumir o seu papel fundamental de disseminador de conhecimentos sobre saúde bucal, não só para os pais, mas para todos os profissionais da área da saúde que devem ser aptos a identificar os fatores de risco e os sinais iniciais da doença cárie dentária. Assim, com a ajuda de todos, estaremos caminhando em direção a um futuro com gerações mais esclarecidas e mais saudáveis.

Gostaria de acrescentar que o fato de termos optado por realizar os exames clínicos, nos domicílios, foi uma experiência muito rica, pois promoveu um contato mais próximo com as famílias e mais próximo com a realidade destas. Além disso, foi muito importante para uma melhor integração com as ACS do Centro de Saúde e com o seu trabalho. Nós, dentistas, de uma maneira geral, ainda ficamos muito ligados ao consultório odontológico e ao atendimento individual, mas quando passamos por uma experiência como esta, percebemos como é gratificante o contato em outros ambientes e o quanto temos a ensinar e a aprender com os nossos pacientes e usuários do SUS e também com os nossos colegas da área de saúde.

6 – CONCLUSÃO

De acordo com os dados obtidos concluímos que a situação de saúde bucal das crianças de 0 a 3 anos de idade da equipe amarela do Centro de Saúde Amílcar Viana Martins é relativamente boa, pois não encontramos nenhuma criança com códigos 2 e 3 e 87,5% das crianças examinadas apresentaram código 0. Uma justificativa para este fato, talvez seja o fato de que grande parte da equipe amarela pertence a uma área de médio risco e somente uma pequena faixa é classificada como elevado risco. No entanto, algumas crianças já apresentavam sinais da presença da doença cárie dentária, muito precocemente, tais como mancha branca ativa (11%) e lesões cavitadas de cárie (12,5%) mostrando a necessidade de um acompanhamento e um monitoramento por parte da ESB e da equipe do PSF para que esta situação não piore. Além disso, foram detectados alguns fatores de risco, mesmo nas crianças que não apresentavam sinais clínicos da doença cárie. Desta forma sugerimos um Projeto de Intervenção.

7 – PROJETO DE INTERVENÇÃO

7.1 - Problema:

Ausência de um plano de acompanhamento e atendimento de 143 crianças de 0 a 3 anos, da equipe amarela, do Centro de Saúde Amílcar Viana Martins, pela equipe de saúde bucal, em integração com a equipe do PSF.

7.2 - Justificativa:

Não se conheciam dados que identificassem as condições de saúde bucal das crianças de 0 a 3 anos da equipe amarela do Centro de Saúde Amílcar Viana Martins e que subsidiassem o planejamento de ações coletivas e individuais de assistência em saúde bucal. O SB Brasil (2003) que é o levantamento oficial do governo, não apresenta muitos dados sobre as condições de saúde bucal nas crianças de 0 a 3 anos e prevê, de acordo com as metas da OMS, que 90% das crianças de 5 a 6 anos não apresentem a doença cárie dentária em 2010. Assim, a partir do presente estudo, foi possível realizar um diagnóstico e conhecer as características e necessidades de saúde bucal desta população e propor um projeto de intervenção que vá de encontro a essas necessidades e características, buscando a promoção de saúde.

O trabalho realizado com integração entre as equipes de saúde bucal, do PSF, médicos de apoio e do NASF, promove um atendimento mais completo, mais abrangente e com mais qualidade às crianças e suas famílias, com todos os profissionais bem capacitados e oferecendo as mesmas orientações, uns reforçando e apoiando os outros.

7.3 - Proposta:

Realizar o atendimento, pela ESB, de todas as crianças que foram identificadas com código 1 e com mancha branca ativa e acompanhar todas as crianças até a idade de 5 anos, em integração com a equipe amarela do PSF do Centro de Saúde Amílcar Viana Martins, promovendo um trabalho educativo e de orientações com as crianças e com seus pais e/ou familiares.

Realizar a capacitação dos profissionais da equipe amarela (médica, enfermeira, auxiliares de enfermagem e ACS), do NASF e da médica pediatra de apoio do Centro de Saúde Amílcar Viana Martins, quanto ao reconhecimento dos sinais precoces da doença cárie dentária, à identificação dos fatores de risco relacionados a esta doença e quanto às orientações básicas em saúde bucal, através de encontros mensais com toda a equipe.

1º encontro: Apresentação do presente trabalho à equipe amarela do Centro de Saúde Amílcar Viana Martins e ao NASF, com os dados do INTO e do questionário.

2º encontro: Promover uma visita dos profissionais da equipe amarela e do NASF, ao consultório odontológico, para que estes possam acompanhar um exame clínico bucal, em uma criança previamente selecionada e observar:

- Um dente cariado
- Uma lesão de mancha branca ativa
- A presença de placa bacteriana
- Como é feita a limpeza dos dentes com gaze e com escova e fio dental

3º encontro: Reunião com toda a equipe amarela e com os profissionais do NASF para levantar quais as dúvidas e/ou interesses que estes profissionais apresentam

em relação à saúde bucal a fim de definir assuntos e demandas para os próximos encontros.

4º encontro: Promover um treinamento e uma capacitação dos profissionais da equipe amarela do Centro de Saúde Amílcar Viana Martins e do NASF quanto à promoção de saúde bucal, à identificação dos fatores de risco relacionados à cárie dentária e à presença de hábitos nocivos, em crianças pequenas, abordando os seguintes assuntos:

- Introdução de hábitos alimentares saudáveis desde cedo
- Como lidar com a amamentação noturna
- Como lidar com o consumo de alimentos açucarados (uso racional do açúcar)
- Como e quando realizar a higiene bucal caseira
- Transmissibilidade da doença cárie dentária
- Outros assuntos demandados pela equipe.

5º encontro: Continuação do treinamento e capacitação dos profissionais da equipe amarela do Centro de Saúde Amílcar Viana Martins e do NASF, abordando os seguintes temas:

- Como prevenir e como lidar com hábitos nocivos como sucção de dedos e chupetas
- Antibiótico provoca cárie?
- Como lidar com traumatismos dentários
- Uso do flúor
- Outros assuntos demandados pela equipe.

7.4 - Protocolo de acompanhamento das crianças:

O acompanhamento de todas as crianças será realizado, pela dentista de apoio do Centro de Saúde Amílcar Viana Martins, durante as consultas de puericultura da equipe do PSF. A dentista de apoio realizará as orientações aos pais e/ou familiares e o exame bucal das crianças, juntamente com o profissional que estiver realizando a consulta.

As consultas de puericultura são realizadas até os 18 meses de idade das crianças e o acompanhamento, pela saúde bucal, acontecerá nas seguintes idades:

- Aos 3 meses
- Aos 6 meses
- Aos 9 meses
- Aos 12 meses
- Aos 15 meses e
- Aos 18 meses

A partir desta idade, será agendada uma consulta odontológica para cada criança aos 2 anos e depois de 6 em 6 meses, a criança comparecerá ao consultório odontológico até completar 6 anos de idade, quando ela passa, então, a ser considerada como usuário normal do serviço de saúde bucal do Centro de Saúde Amílcar Viana Martins.

Durante este período de acompanhamento, a dentista de apoio, juntamente com a ACS, realizará, uma vez por ano, uma visita domiciliar a cada criança e sua família.

8 - ANEXOS

8.1 - ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PAIS OU RESPONSÁVEIS PELAS CRIANÇAS DE 0 A 3 ANOS RESIDENTES NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO CENTRO DE SAÚDE AMILCAR VIANA MARTINS

Título: Avaliação da prevalência de cárie dentária e seus fatores de risco em crianças de 0 a 3 anos da área de abrangência do Centro da Saúde Amílcar Viana Martins – Distrito Oeste – PBH.

Meu nome é Cláudia Maria Neves de Araújo, sou cirurgiã-dentista da Prefeitura de Belo Horizonte e atualmente estou cursando o Curso de Especialização em Saúde Coletiva com ênfase no Programa de Saúde da Família, na Faculdade de Odontologia da UFMG, sob a tutoria da Profª Mara Vasconcelos.

Sou odontopediatra e neste curso de especialização estou desenvolvendo um estudo para verificar como está a saúde bucal das crianças de 0 a 3 anos de idade, moradoras na área de abrangência do Centro de Saúde Amílcar Viana Martins.

O objetivo principal deste trabalho é conhecer os principais problemas das crianças, desta faixa da população, em relação à sua saúde bucal a fim de desenvolver um programa de promoção de saúde.

Dentro do exposto, necessito de sua autorização para examinar a criança sob sua responsabilidade, na sua própria casa. A sua participação é voluntária, não havendo ônus ou compensação, e você tem toda a liberdade de retirar o seu consentimento, se assim o desejar, em qualquer fase do estudo.

Certos de contar com o seu apoio, agradecemos a sua valiosa colaboração.

DESTA FORMA, LIVRE E ESCLARECIDA, CASO VOCÊ ACEITE QUE SUA CRIANÇA PARTICIPE DESTES ESTUDO DEVERÁ ASSINAR ESTE CONSENTIMENTO.

Atenciosamente,

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____

Eu, _____, após ler esse termo e entender os objetivos desse estudo, autorizo _____ a participar do mesmo.

Assinatura

Documento de identidade

A pesquisadora responsável pelo estudo pode ser encontrada para esclarecer dúvidas nos telefones: 31 9972-5874 / 31 3277-1544 (à tarde).

8.2 - ANEXO 2

QUESTIONÁRIO:

Nome da criança: _____ Idade: _____

Código INTO: _____ Mancha branca: Presente
 Ausente

1 – Quem cuida da criança? _____

2 - A criança faz limpeza dos dentes? Sim Não

Qual?

Quando?

Alguém ajuda? Sim Não Se sim, quem? _____

3 – Usa fio dental? Sim Não

4 – A criança toma mamadeira? Sim Não

5 – A mamadeira é adoçada? Sim Não

Se sim, com o que? _____

6 - A criança mama de madrugada? Sim Não

Se sim, Peito

Mamadeira

7 – A criança come muitos alimentos com açúcar? Sim Não

8 – Como é o comportamento da criança durante a limpeza bucal em casa?

Tranquilo

Agitado

Recusa

9 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARIAS, S.M.B.; BRANDÃO, A.M.M.; NOGUEIRA, A.J.S. Prevalência de Cárie em Bebês de 0 – 3 anos. **R.G.O.**, v.45, n.3, p.163-169, mai./jun., 1997.
2. BARBOSA, A.R.S.; MEDEIROS, U.V., Correlação entre experiência de cáries e níveis salivares de estreptococos grupo *mutans* em bebês de 06 – 36 meses de idade. **R.B.O.**, v.57, n.4, p.246-249, jul./ago., 2000.
3. BONACHELA, W.C.; CORDEIRO, C.C. Reflexão a prevenção. **Rev. Bras. Odontol.**, v.53, n.4, p.6-7, jul./ago.,1996.
4. FRAIZ, F.C. Dieta e Cárie na Primeira Infância. In: WALTER, L.R.F. **Odontologia para Bebês**, 1ª Ed. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 1996. Cap. 7, p.107-122.
5. GUEDES-PINTO, A.C. Cárie Dentária. In: **Odontopediatria**. 5ª Ed. São Paulo: Editora e Livraria Santos, 1995. Cap. 21, p.353-381
6. GUIMARÃES, A. O.; COSTA, I.C.C.; SILVA, A.L. As origens, objetivos e razões de ser da Odontologia para Bebês. **J.B.P. – J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê**, v.6, n.29, p.83-86, jan./fev., 2003.
7. MAGALHÃES, A.C.; RIOS, D.; HONÓRIO, H.M.; CAVAZOLLA, A.S.; SILVA, S.M.B.; MACHADO, M.A.A.M. Avaliação da efetividade do treinamento de mães para higienização bucal de seus bebês. **J.B.P. – Rev. Ibero-am. Odontopediatr. Odontol. Bebê**, v.8, n.41, p.48-53, jan./fev., 2005.
8. MEDEIROS, U.V. Atenção Odontológica para Bebês. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, v.15, n.16, p.18-27, nov./dez., 1993.
9. MEDEIROS, U.V.; SOUZA, M.I.C.; FONSECA, C.T. Prevalência de cáries em pacientes bebês. **J. Bras. Odontop. Odontol. Bebê**, v.1, n.3, p.23-34, 1998.
10. MORAES, R.S.; LANGE, A.A.R.; MODESTO, A.; CASTRO, L.A. Frequência da cárie de estabelecimento precoce e relação com a dieta e a higiene bucal. **Rev. Bras. Odontol.**, v.62, n.1/2, p.28-31, 2005.
11. PREFEITURA DE BELO HORIZONTE - SMSA. O Inquérito de necessidades em saúde bucal e a organização da atenção para crianças de zero a seis anos de 166 creches de Belo Horizonte, 13 p., 2005.
12. PROJETO SB BRASIL 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Coordenação Nacional de Saúde Bucal – Ministério da Saúde, Brasília – DF, 2004.
13. RAMOS, B.C.; MAIA, L.C. Cárie tipo mamadeira e a importância da promoção de saúde bucal em crianças de 0 a 4 anos. **Rev. Odontol. Univ. São Paulo**, v.13, n.3, p. 303-311, jul./set., 1999.

14. 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.**, v.59, n.2, p.86-89, mar./abr., 2002.
15. SCAVUZZI, A.I.F.; OLIVEIRA, V.G.; FERREIRA, E. A. Incremento de cárie dental em bebês residentes em Feira de Santana/BA: acompanhamento de três anos. **Pesqui. Bras. Odontopediatr. Clin. Integr.**, v.7, n.2, p.161-167, mai./ago., 2007.
16. SOUZA, S.M.S.; VIEIRA, S.C.M. prevalência da cárie severa em pré-escolares e necessidade de tratamento: projeto piloto. **Odontol. Clin. Cient.**, v.6, n.1, p.65-70, jan./mar, 2007.
17. SANTOS, A.P.P.; SOVIERO, V.M. Prevalência de cárie e fatores de risco em crianças de 0 a 36 meses. **Pesqui. Odontol. Bras.**, v.16, n.3, São Paulo, jul./set., 2002.
18. SEERIG, L.M.; MAINARDI, A.P.R.; OLIVEIRA, M.D.M. Cárie dentária em bebês. **R.F.O. – U.P.F.**, Passo Fundo, v.3, n.1, p.13-22, jan./jun., 1998.
19. STELLUTO JR.; A. O primeiro vício. **Rev. A.B.O. Nac.**, v.3, n.1, p.6-8, fev./mar., 1995.
20. WALTER, L.R.F. Cárie Dentária na Primeira Infância. In: **Odontologia para Bebês**, 1ª ed. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 1996. Cap. 6, p.95-106.
21. WALTER, L.R.F.; NAKAMA, R. Prevenção da Cárie Dentária Através da Identificação, Determinação e Controle dos Fatores de Risco em Bebês – Parte I. **J.B.P. – J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê**, v.1, n.3, p.91-100, 1998.

