

FRANCISCA BEATRIZ ALVES NEVES

**ESTRATÉGIAS PARA A PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DE
SAÚDE BUCAL EM CRIANÇAS DE ZERO A 36 MESES DE
IDADE, NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE.**

BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS

2010

FRANCISCA BEATRIZ ALVES NEVES

**ESTRATÉGIAS PARA A PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DE
SAÚDE BUCAL EM CRIANÇAS DE ZERO A 36 MESES DE
IDADE, NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE.**

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

Orientadora: Prof.a Efigênia Ferreira e Ferreira

BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS

2010

Ao meu marido, meus filhos, familiares e amigos pelo incentivo e força, os quais nos fizeram chegar até aqui, me incentivando em todos os momentos.

Agradeço a Deus pelo sublime Dom da Vida e por nos proporcionar a realização de mais uma etapa vencida.

A Professora Efigênia pela orientação e aprendizado concedido para construção do nosso trabalho de conclusão de Curso.

À Coordenação do curso de pós-graduação, pela colaboração e incentivo prestados durante a realização deste estudo.

“Ao olhar para trás lembrando os dias de ontem, que suas memórias sejam inesquecíveis...
E ao olhar adiante para o amanhã, que suas esperanças e sonhos se realizem.”

Autor Desconhecido

Resumo

A assistência odontológica precoce é essencial, pois utiliza medidas educacionais, proporcionando a prevenção de afecções bucais infantil. Uma das grandes preocupações brasileiras dentro da saúde bucal em crianças é com a cárie dentária, uma vez que este agravo ocorre na fase inicial do irrompimento dos dentes. Este trabalho qualitativo teve como finalidade estudar formas de estratégias no processo de prevenção de saúde bucal na primeira infância, dentro da Atenção Básica de Saúde. Através de uma revisão bibliográfica, foi possível ter como parâmetros, planos aplicados na saúde bucal infantil, facilitando a confecção de estratégias. A inserção da equipe multiprofissional na atenção básica, melhora a assistência odontológica precoce. O aparecimento de novos programas de atendimento odontológico na primeira infância facilitou atuar de forma preventiva e curativa na saúde bucal. É notável a necessidade de criar uma parceria entre os profissionais de saúde e a familiares, no processo de educação com a saúde infantil. Ainda existe grande necessidade de melhora na atenção bucal infantil, através de métodos educativos e preventivos. Portanto, é importante aplicação de medidas preventivas na saúde bucal infantil, principalmente na faixa etária de zero a 36 meses, contribuindo para melhor qualidade de vida, reduzindo complicações futuras.

Palavras-chave: Saúde Bucal Infantil. Assistência odontológica precoce. Cárie dentária. Estratégias. Prevenção.

Abstrat

The early dental care is essential, because it uses educational measures, providing the prevention of oral diseases for children. A major concern in Brazil in the oral health of children is with dental caries, since this injury occurs in the early eruption of teeth. This qualitative study was designed to study ways of strategies in the prevention of oral health in early childhood within the Primary Health Through a literature review, it was possible to have the parameters, plans implemented in infant oral health by facilitating the making strategies. The integration of the multidisciplinary team in primary care, improve dental care early. The emergence of new programs of dental care in infancy easier to act in a preventive and curative oral health. It is remarkable the need to create a partnership between health professionals and family in the process of education to child health. There is still great need for improvement in dental care for children through education and preventive methods. It is therefore important preventive measures in children's oral health, especially in the age group zero to 36 months, contributing to better quality of life and reduce future complications.

Keywords: Infant Oral Health; Dental care early; Caries. Strategies. Prevention.

Sumário

| | |
|---|----|
| Introdução..... | 9 |
| Seção 1 Impactos da saúde bucal em crianças..... | 10 |
| Seção 2 O papel do Serviço de Atenção Básica à Saúde na Atenção à Saúde Bucal..... | 10 |
| Seção 3 O papel da odontologia no contexto preventivo de saúde bucal..... | 13 |
| Seção 4 Caracterizando a Cárie..... | 14 |
| Parte 1 Aleitamento materno x cárie dentária..... | 15 |
| Parte 2 Prevenção do Índice de Cárie..... | 16 |
| Parte 3 A etiopatogenia da cárie em crianças..... | 17 |
| Seção 5 Papel dos pais na promoção a saúde bucal..... | 19 |
| Parte 1 Hábitos deletérios..... | 21 |
| Parte 2 Higienização Bucal dos Bebês..... | 22 |
| Seção 6 Objetivo..... | 23 |
| Parte 1 Objetivo geral..... | 23 |
| Parte 2 Objetivos específicos..... | 23 |
| Seção 8 Metodologia..... | 24 |
| Seção 9 Estratégias Para a Prevenção e Promoção de Saúde Bucal de Crianças..... | 25 |

Seção 10 Considerações Finais..... 27

Referências..... 28

1 INTRODUÇÃO

No processo de promoção e manutenção da saúde bucal, é importante preconizar o atendimento precoce, antes mesmo do primeiro ano de vida, para proporcionar a prevenção de doenças e a familiarização da criança com procedimentos voltados à saúde da boca (ZUANON et al., 2004). A atenção odontológica para crianças de baixa faixa etária resultou de uma tendência mundial, do estabelecimento de programas educativos, medidas preventivas e de controle da cárie, atenção primária e tratamentos curativos específicos (SILVA, 2007). Vale ressaltar que a odontologia para bebês apresenta-se como uma filosofia de tratamento importante para a formação de hábitos saudáveis de higiene e alimentação (ZUANON et al., 2004).

Nas décadas de 80 e 90, pesquisadores como Fonseca e Guedes Pinto (1984), Steckslen-Blicks e Holm (1995) e Ferreira et al. (1999) falaram sobre a importância da atenção odontológica antes dos primeiros seis meses de vida do bebê e também sobre o uso de medidas educacionais, como orientações de hábitos de higiene, controle do açúcar, aplicação do flúor, entre outras, os quais reduzem a prevalência de cárie dentária nas crianças. Estudos mais recentes, como Mendes et al. (2001) e Zuanon et al. (2004) reforçaram esta afirmativa nas suas pesquisas.

A cárie precoce é um fato considerado problema de saúde pública, uma vez que a doença ocorre em crianças em fase inicial do irrompimento dos dentes. Está quase sempre associada ao hábito de amamentação noturna, por causa do elevado consumo de carboidratos fermentáveis e negligência na higiene bucal (WEINTRAUB et al., 2006).

O aumento da prevalência de cárie nas crianças pode contribuir para o progresso e complicações à saúde bucal em idades subsequentes. A orientação para as mães durante o período gestacional pode colaborar para a promoção de hábitos saudáveis e prevenção da doença cárie. Fatores socioeconômicos e culturais também podem influenciar no aumento dos índices de cáries.

A saúde bucal em crianças de zero a 36 meses de idade, ou primeira infância, é um fator importante que contribui para melhor qualidade de vida, reduzindo complicações futuras. Portanto, optou-se por esse tema em virtude da cárie infantil apresentar grande preocupação na saúde pública, é importante melhorar formas de atendimento odontológico precoce, melhorando prevenção e promoção na saúde bucal.

2 IMPACTOS DA SAÚDE BUCAL EM CRIANÇAS

Desde a década de 90, a prevalência de cárie nas populações, em geral, demonstra reduções significativas, na maioria das faixas etárias estudadas. Porém, os índices de cárie em crianças do tipo “mamadeira” representavam um significativo indicador da precariedade da saúde bucal nessa parcela da população. Este fato colabora para o aumento do risco e progressão da doença em idades subsequentes (RAMOS e MAIA, 1999).

A principal preocupação da população brasileira no setor de atenção público odontológico é com a cárie dentária, mesmo com a existência de outros agravos, como doença periodontal e câncer de boca. Os programas de prevenção e educação em saúde bucal se detêm quase que exclusivamente à prevenção da cárie dentária (BRASIL, 2004).

2.1 O papel do Serviço de Atenção Básica à Saúde na Atenção à Saúde Bucal

Compete à Atenção Básica se responsabilizar pela detecção das necessidades da população, buscando continuamente formas de estender a oferta e qualidade dos serviços prestados, tentando organizar e desenvolver ações de prevenção e controle do câncer bucal, implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento, inclusão de procedimentos mais complexos e de reabilitação protética e ampliação do acesso de diferentes grupos (BRASIL, 2004).

Na década de 50 foi criado o Sistema Incremental, que possibilitou abrigar grande parte da clientela com idade inferior a seis anos. Introduziu-se uma nova mentalidade junto à população e profissionais de saúde sobre a importância da prevenção da cárie dentária ainda na fase da dentição decídua (OLIVEIRA et al, 1999).

De acordo com Baldani et al. (2003) a atenção precoce promove a prevenção da saúde bucal em crianças menores de três anos de idade. Reduz os índices de cárie dentária tanto na idade assistida, quanto nas idades subsequentes, incluindo os escolares de seis anos de idade.

Segundo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, a Atenção Básica busca organizar e facilitar o acesso de crianças da faixa etária de zero a cinco anos no sistema, no máximo a partir de seis meses, aproveitando as campanhas de vacinação, consultas clínicas e atividades em espaços sociais (BRASIL, 2004).

Não se recomenda criar “programas” específicos de saúde bucal para esse grupo etário, verticalizados e isolados dos demais programas de saúde. Ao contrário, é altamente recomendável que ações de saúde bucal voltadas a esse grupo sejam parte de programas integrais de saúde da criança e, assim, compartilhadas pela equipe multiprofissional (BRASIL, 2004, p. 13).

Em 1988, a partir da promulgação da Constituição Federal, foram traçadas como diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS): a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização, a hierarquização e participação da comunidade. Estes princípios visam reduzir a lacuna existente, entre direitos sociais garantidos em lei e a capacidade de oferta de ações e serviços públicos de saúde à população brasileira (BRASIL, 2000).

Estas novas diretrizes do SUS geraram mudanças no modelo assistencial brasileiro, ficando voltado para ações curativas de alto custo, verticalizando, excludente e de baixo impacto, na melhoria da qualidade de vida da comunidade (SESAB, 1996). Diante do reconhecimento da crise desse modelo na saúde coletiva, foi criado como estratégia de reestruturação da atenção primária o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, a partir de um conjunto de ações conjugadas em sintonia com os princípios do SUS (LIMA et al., 2006).

A composição das equipes de Saúde da Família passou por mudanças. Inicialmente era formado por um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem, cinco a seis agentes comunitários de saúde. Posteriormente foi inserido o odontólogo (BRASIL, 2004).

Através da estratégia formulada na Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000¹, quando se trabalha em equipe, cria-se uma situação de desafio para a saúde bucal no que diz respeito ao processo de trabalho. A atenção à saúde bucal foi colocada como forma de proposta de inserção em uma equipe multiprofissional. Desse modo foi introduzido o “novo”, afrontando valores, lugares e poderes consolidados pelas práticas dos modelos anteriores. Este fato demonstra um avanço significativo para a odontologia, onde se vislumbra uma possibilidade de aumento de cobertura, de efetividade na resposta às demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo (BRASIL, 2004).

¹ Portaria Ministerial nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do PSF. Art. 1º Cria o Incentivo de Saúde Bucal para inserção de profissionais de saúde bucal no PSF. Art. 2º define o trabalho das equipes de saúde bucal no PSF voltado para a reorganização do modelo de atenção e para ampliação do acesso às ações de saúde, garantindo a atenção integral da população estabelecendo vínculo territorial.

Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) existe um limite de 4.500 habitantes, no território de abrangência, ou seja, área de sua responsabilidade, onde passam a ter corresponsabilidade no cuidado à saúde. É dever da equipe da saúde da família, inclusive da equipe da saúde bucal, conhecer as famílias do território de abrangência (BRASIL, 2002). Através das organizações das visitas da equipe de saúde bucal é possível fornecer ampliação e qualificação das ações de saúde bucal as pessoas acamadas ou com impossibilidade de locomoção, visando à detecção dos riscos e propiciando o acompanhamento e tratamento necessário (BRASIL, 2004).

Para Oliveira et al. (1999) inicialmente os programas brasileiros de saúde bucal priorizavam as crianças na faixa etária de seis a 14 anos e as de fase “dentadura” decídua era deixados de lado, porque acreditavam que nessa fase, as crianças não seriam capazes de praticar ações propostas. Mas, felizmente, este conceito mudou por meio de novas pesquisas na área de Cariologia e no atendimento do processo saúde/doença. Dessa forma tornou-se possível verificar a necessidade de implantação da atenção odontológica para o binômio mãe/filho. Devido aos avanços e as descobertas da ciência, comprovou-se que a transmissão da microbiota cariogênica se processa também de forma vertical e que os *estreptococcus* cariogênicos estabilizam-se na cavidade bucal durante a fase de irrompimento dos primeiros dentes decíduos (CAUFIELD et al., 1993). Graças a estas grandes descobertas, foram elaborados e implantados inúmeros programas de assistência materno-infantil, tornando possível, atualmente, a ênfase no atendimento odontológico precoce (NICKEL et al., 2008).

A Universidade Estadual de Londrina, por meio da criação Bebê-Clínica em 1985, foi a primeira a testar o modelo de Atenção Precoce no Brasil. Os municípios de Cambé e Londrina, no Paraná, e Araçatuba, em São Paulo, foram os precursores na implantação da atenção precoce no formato de clínicas de bebês no serviço público de assistência odontológica (WALTER et al., 1991). Este tipo de atendimento odontológico para bebês tinha por finalidade atuar na prevenção e controlar a cárie em crianças de zero a 36 meses (WALTER et al. 1987).

Em 1997 foi implantado um Programa Preventivo para Gestante e Bebês (PPGB) no Instituto da Perinatologia Social do Piauí (IPSP). Esse programa é uma ampliação do curso de Odontologia da Universidade Feral do Piauí e tem como objetivo uma melhor perspectiva de promoção da saúde (DEUS MOURA et al., 2007). Segundo os autores, o programa tenta encorajar as gestantes na adesão de hábitos preventivos e/ou controle do curso de evolução das doenças placa-induzida, através da conscientização das mães. A equipe deste programa deve orientar e capacitar as mães sobre os cuidados necessários com a cavidade bucal do par

mãe-filho. As orientações acontecem por meio das informações adquiridas, tornando as gestantes mais competentes e interativas, onde começam a exercer estes conhecimentos atuando na promoção da saúde. Essas ações contribuem na mudança do antigo costume e na formação de novos hábitos, tanto no ambiente familiar quanto no coletivo, favorecendo melhor qualidade de vida a todos.

2.2 O papel da odontologia no contexto preventivo de saúde bucal

A odontologia exerce um papel importante na atuação de preventiva e curativa (NICKEL et al., 2008). Em 1939, Costa revelou que a interferência odontopediátrica deveria ser aplicada em crianças da faixa etária de dois a 12 anos e, somente em casos raros, de erupção dentária. Contradizendo esta afirmativa Bonecker et al. (1997) verificaram que existe necessidade desta interferência odontológica precocemente, ou seja, nos primeiros anos de vida da criança.

A assistência odontológica pública brasileira limita-se quase que completamente aos serviços básicos. No entanto, mesmo assim, existe grande demanda reprimida. No âmbito do SUS, os dados mais recentes indicam que os serviços odontológicos especializados correspondem a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos. Nota-se uma baixa capacidade de oferta de serviços de atenção secundária e terciária, comprometendo o estabelecimento de sistemas adequados de referência e contra-referência em saúde bucal na maioria dos sistemas loco-regionais de saúde. Infelizmente a ampliação da rede assistencial de atenção secundária e terciária não acompanhou o crescimento da oferta de serviços de atenção básica no setor odontológico (BRASIL, 2004).

2.3 Caracterizando a Cárie

A cárie dentária é uma doença infecciosa e o tratamento consiste no controle da microbiota patogênica (MALTZ et al., 2005). A prevalência de cárie em crianças de baixa faixa etária, nos países desenvolvidos, fica em torno de 1 a 12%, enquanto nos países em desenvolvimento, emergentes, esta taxa pode chegar a 70% (WEINSTEIN, 1998). No Brasil, os levantamentos epidemiológicos das condições de saúde bucal neste grupo etário eram escassos. No entanto, em 2003, foi concluído o Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (SB Brasil), que incluiu crianças a partir dos 18 meses de idade. Os

resultados mostraram que uma criança de três anos já teve, em média, pelo menos um dente cariado. Aos cinco anos, essa média sobe para três dentes atacados. Apenas 40,6% das crianças com cinco anos de idade apresentaram-se livres de cárie. Portanto, verifica-se que o Brasil não atingiu, em nenhuma macrorregião, a meta proposta pela OMS para o ano 2000, ou seja, que aos cinco anos de idade 50% das crianças estivessem livres da doença em questão (BRASIL, 2004).

Em um estudo realizado por Barros et al. (2001) em crianças de zero a 30 meses, percebeu-se um aumento da prevalência de cárie com a idade e também do número de dentes irrompidos. Provavelmente isso aconteceu devido ao número crescente de superfícies dentárias expostas e a continuação de maus hábitos. Uma das principais causas de cáries no primeiro ano de vida são os hábitos alimentares inadequados, onde os pais não são informados sobre os cuidados essenciais para a conservação da saúde bucal de seus filhos (WAMBIER et al., 2004). A alimentação incorreta pode estar relacionada à presença de dor e infecção, comprometendo no desenvolvimento físico da criança (BARROS et al. 2001). Para Deus Moura et al. (2007) a herança genética e as influências do meio ambiente influenciam no processo de desenvolvimento e crescimento de uma criança, principalmente quanto aos aspectos nutricionais e de instalação de doenças.

2.3.1 Aleitamento materno x cárie dentária

O leite materno, além de possuir proteínas, gorduras, açúcares, vitaminas, sais minerais e anticorpos, exerce uma excelente proteção contra a doença; sendo alimento mais adequado para o bebê. Deve ser oferecido, pelo menos, até os seis meses de vida (SILVA, 2008). Gonzáles et al. (1992) verificaram que crianças que tiveram curto período de aleitamento materno apresentavam mais chance de ter cárie de mamadeira, além de possuir quantidades menores de IgM no soro e de IgA na saliva. Entretanto, de acordo com Ripa (1988) a exposição frequente ao leite aumenta seu potencial cariogênico, demonstrando maior experiência de cárie na presença de aleitamento noturno, principalmente em crianças com hábito de adormecer com a mamadeira ou no seio. Em 1862, o pediatra americano Jacobi, descreveu pela primeira vez sobre a cárie rampante relacionada ao aleitamento natural ou artificial (MILRES, 1996).

A cárie de mamadeira apresenta-se com lesões severas nos incisivos superiores e dentes inferiores intactos (RIPA, 1978). De acordo com Kaste et al. (1992) a distribuição

desse quadro e severidade das lesões entre a maxila e mandíbula estão relacionadas com a cronologia de erupção, duração e severidade de hábitos deletérios, fluxo salivar e padrão muscular de sucção.

A cárie de mamadeira requer atenção especial por apresentar característica destrutiva e atingir uma idade precoce com alta prevalência. A realização do diagnóstico das lesões iniciais, ainda considerado um estágio reversível, juntamente com análise dos fatos determinantes, tornam-se fundamentais para tratamentos mais simples, menos invasivos e de menor custo, envolvendo mudanças de comportamento em relação a higiene bucal, à dieta e a utilização do flúor (BARROS et al., 2001).

Estudos comprovam que os dentes mais afetados são os incisivos centrais e laterais superiores (BARROS et al. 2001). Durante o aleitamento noturno os dentes que ficam mais expostos por um período prolongado são os incisivos (BARROS et al., 2001). Também são mais vulneráveis a higiene bucal deficiente do que os demais dentes. A continuidade deste hábito provoca o envolvimento de outros dentes na sequência de sua erupção (RIPA, 1978). Barros et al. (2001) ressaltaram sobre a importância dos dentes incisivos na estética e no comportamento, podendo afetar no desenvolvimento psicológico e social da criança, gerando isolamento social e timidez.

No momento do sono, o fluxo salivar e a frequência da deglutição estão diminuídos, fazendo com que ocorra uma estagnação do líquido ao redor dos dentes, o que leva a um processo contínuo de perdas minerais. Os incisivos inferiores ficam protegidos pelo fluxo das glândulas salivares e o posicionamento da língua durante a sucção (MULLER, 1996).

Segundo Weinstein et al. (1992) são sinais precoce da doença cárie as manchas brancas decorrentes da desmineralização do esmalte. Quando não tratadas, podem evoluir para lesões cavitadas em um período de seis meses a um ano. Seguindo os critérios da OMS, a doença cárie é definida a partir do estágio de cavitação, desconsiderando as lesões incipientes e, muitas vezes, negligenciando sua instalação precoce (BERKOWITZ, 1996). A ativação das manchas brancas demonstra a instalação precoce da doença e a importância do diagnóstico e atenção em seus estágios iniciais, evitando o desenvolvimento de lesões mais severas em idade mais avançada (BONECKER et al., 1997). Porém, existem controvérsias sobre a inclusão da mancha branca nos índices de cárie nos levantamentos epidemiológicos, uma vez que estas estão sujeitas a remineralização e reversão, podendo levar a distorções nos resultados (BERKOWITZ, 1996). Para Barros et al. (2001) é muito importante a detecção da

mancha branca na primeira infância. Afinal, a doença cárie pode provocar dor, infecção e perda prematura dos dentes decíduos (AYNAN et al., 1996).

A equipe multiprofissional deve orientar as mulheres durante o pré-natal sobre a importância da amamentação natural. Afinal, esse hábito supre todas as necessidades de sucção apresentadas pelas crianças nos primeiros meses de vida, levando a uma redução de hábitos inapropriados de sucção, que podem levar ao desencadeamento de deformidades orofaciais e/ou prejuízo ao ritmo da amamentação natural (DEUS MOURA et al., 2007).

2.3.2 Prevenção do Índice de Cárie

Segundo Martins et al. (1998) ainda que a cavidade bucal do bebê edêntulo ainda não seja colonizada por bactérias cariogênicas, deve-se massagear as gengivas e limpar a cavidade bucal. Barros et al. (2001) mostraram em seus estudos que a limpeza dos dentes após a amamentação noturna não interferiu nos índices de cárie. No entanto, a avaliação clínica da higiene bucal mostrou-se significativa em relação a prevalência de cárie.

Desde os anos 80, a partir da inclusão de fluoretos na água de abastecimento público dos municípios e dos dentifrícios comercializados, ocorreu uma redução significativa dos índices de cárie (NARVAI et al. 1999). Crur (2001) afirmou que a predisposição ao início da doença cárie acontece na ausência de fluoreto. Por isso, é importante a aplicação tópica sistemática de flúor gel neutro e atenção ao fato de que o esmalte de dentes decíduos recém irrompidos demonstra alto conteúdo de carbonato, além da dissolução do referido mineral. Portanto, a utilização tópica de flúor gel é muito importante nesta fase, principalmente porque estas crianças ingerem grande quantidade de leite e os dentes estão em constantes ciclos de desmineralização de flúor na interface dente-placa (DEUS MOURA et al., 2007). Maltz et al. (2005) verificaram que, além da interferência no processo de desmineralização e remineralização, o flúor influencia no crescimento e metabolismo bacteriano. Por isso, opta-se em primeiro lugar pelo gel neutro devido ao sabor agradável e menor estímulo à produção de saliva, comparando-se ao gel acidulado (DEUS MOURA et al., 2007). A diminuição da exposição da criança à fluoroterapia pode contribuir para o aumento da prevalência de cárie (BARROS et al., 2001).

2.3.3 Parte 3 A etiopatogenia da cárie em crianças

Pinto (1989) revelou que, embora os fatores biológicos sejam causas essenciais para a ocorrência de várias patologias na população, muitas vezes estas doenças têm comportamento endêmico. Existem outros fatores capazes de condicionar o aparecimento de doenças, como o desenvolvimento econômico, social e educacional do país, com padrões culturais e tradicionais que regulam os hábitos e as condutas pessoais e coletivas.

Mesmo que as doenças cárie e periodontal sejam uma das mais prevalentes, previsíveis ou passíveis de controle e as medidas necessárias sejam relativamente simples, é possível verificar que os objetivos da saúde bucal, em nível populacional, não são alcançados. Provavelmente isso acontece pelo fato da prevalência e incidência destas doenças estarem associadas com as condições sociais, econômicas, políticas e educacionais, e não apenas como resultado de interações biológicas na placa bacteriana dentária (MACIEL, 1994).

Davaglio et al. (2009) afirmam que fatores sócio-demográficos, psicossociais e o estilo de vida podem influenciar nos hábitos e comportamentos de saúde em todas as etapas da vida humana. Temos como determinantes da saúde bucal as relações sociais, onde a convivência entre as pessoas pode influenciar no comportamento, incentivando nas diversas atividades pessoais que se relacionam à melhor qualidade de vida, como os cuidados à saúde (ANDRADE e VAITSMAN, 2007). Algumas pesquisas associam o aumento do risco de adquirir cárie precoce na infância com as condições socioeconômicas familiares e com o nível de escolaridade materna (VACHIRAROJPISAN et al., 2004).

Segundo Ferreira et al. (2009) os hábitos das mães podem influenciar na geração de hábitos dos seus filhos. É importante que no período gestacional, a mãe receba informações sobre a saúde geral e bucal. Esse é o primeiro passo para uma população livre de patologias, como as doenças cárie e periodontal. Logo, essa clientela deve ser priorizada nos programas de atenção e assistência à saúde bucal.

Na etiopatogenia da cárie, o efeito do alimento na cavidade bucal é o fator mais importante. Exerce influência no tipo e qualidade da placa dentária, produção de ácidos pelos microorganismos, qualidade e quantidade de secreção salivar. As crianças, desde cedo, passam a ser “contaminadas” pelo excesso de alimentos adoçados artificialmente devido a forte associação social e/ou cultural existente entre o sentimento e a doença dos alimentos.

(MALTZ et al., 2005). Estes mesmos autores afirmaram que a avaliação cariogênica da dieta pode ser realizada por meio de observação dos hábitos alimentares da criança, situação que pode ser verificada através de entrevista com a criança e responsável, análise do diário alimentar e formulários especiais de frequência consumida de alimentos.

Em programas educativos os aconselhamentos dietéticos são itens de difícil abordagem, em consequência da associação dos hábitos alimentares, além das questões já referenciadas a fatores de ordem financeira (DEUS MOURA et al., 2007). O resultado do consumo exagerado de guloseimas e dificuldades de elaboração e execução de políticas públicas voltadas à promoção de alimentação infantil saudável é causado pela urbanização e pelas influências dos apelos comerciais, que estimulam o consumo de alimentos ricos em carboidratos (TOMITA et al., 1996).

2.4 Papel dos pais na promoção a saúde bucal

Segundo Theodoro et al. (2007) os pais tem um papel fundamental na promoção da saúde bucal dos seus filhos e a incorporação de hábitos saudáveis na infância promove à prevenção das doenças bucais. Estes autores ainda relatam que quanto maior o nível socioeconômico dos pais, maior é o seu grau de conhecimento sobre saúde bucal. A orientação e educação dos pais são estratégias para agregar hábitos saudáveis que vão influenciar diretamente na qualidade de vida das crianças (FERREIRA e GAIVA, 2001). Stecksen-Blicks e Holm (1995) afirmaram que a participação dos pais na higienização bucal dos seus filhos tem um resultado positivo na redução da prevalência da cárie dentária e na incorporação de hábitos saudáveis. Os autores ressaltaram que é importante orientar sobre higiene bucal e sobre hábitos alimentares como assuntos de maior influência quando se pensa no desenvolvimento de cárie. Zuanon et al. (2004) reafirmaram esses valores falando sobre a necessidade de conscientizar os pais que a limpeza da cavidade bucal do bebê deve iniciar-se antes mesmo da erupção dos dentes.

A conscientização dos pais no processo educativo com relação à higiene bucal dos seus filhos é o primeiro passo para a obtenção de sucesso na construção de hábitos de higiene bucal na criança (FRAIZ; WALTER, 2001). Segundo Galbiatti et al. (2003) os pais precisam ser orientados sobre a importância da saúde bucal e de sua conservação através da higiene do bebê. Devem conhecer sobre a amamentação natural e artificial, o controle da ingestão de açúcar e sobre a utilização do flúor.

Cruz et al. (2004) afirmaram que se os pais forem informados sobre as conseqüências da utilização da mamadeira noturna com líquidos açucarados, poderão passar a exercer uma higiene eficiente nos filhos, sobre a importância da dieta equilibrada e controlada, sobre o uso do flúor e dos cuidados quanto a higiene bucal, assim como da necessidade da visita ao dentista quando do irrompimento dos primeiros dentes decíduos.

Para Zuanon et al. (2004) o profissional de saúde diante das constantes transformações físicas e psicossociais que a criança sofre, deve atuar preventivamente tanto no atendimento integral, como na educação da mãe e da própria criança sobre hábitos saudáveis. , devendo conscientizá-la sobre a importância dos cuidados com a cavidade bucal, proporcionando a conservação de um estado de saúde satisfatório.

O principal enfoque no atendimento odontológico aos bebês é atuação preventiva para a manutenção da saúde, verificando-se a importância da educação dos pais e responsáveis (FLORIO e PEREIRA, 2003).

Deus Moura et al. (2001) ressaltou sobre a importância do atendimento interdisciplinar a gestantes e bebês na busca de uma melhor qualidade de vida no período gestacional. Afinal, este é um momento privilegiado para se atuar em ações preventivas. As gestantes se mostram mais vulneráveis a mudanças de hábitos relacionados à saúde e costumes arraigados.

Na aplicação de um programa educativo de saúde deve-se aprimorar os costumes já existentes e executados pelas famílias ou grupos sociais. Por meio de diálogos, deve-se buscar a formação de novas informações, resultantes de um resgate do saber popular e sua atualização pelo conhecimento científico criando, em resposta, um ambiente social mais evoluído (MAMEDE, 2002).

Para Deus Moura et al. (2007) o controle e a prevenção de doenças bucais placa-induzidas, como cárie dentária e doenças periodontais, podem ser realizados pelo próprio indivíduo, quando motivado e capacitado a desenvolver as medidas necessárias.

As mães têm um papel fundamental nos padrões de comportamento apreendidos durante a primeira infância. A atenção básica visa aplicar ações educativo-preventivas com gestantes, qualificando e capacitando este grupo para introduzir bons hábitos desde o início da vida da criança. A equipe de saúde em parceria com a gestante, ao iniciar o pré-natal, deve encaminhá-la para consulta odontológica (BRASIL, 2004).

Os conhecimentos adquiridos no processo educativo familiar confrontam com os velhos hábitos e com as novas informações obtidas por meio de diálogos com equipes de saúde. Neste processo, novos conceitos são assimilados e utilizados na prática diária e,

somados a outros precedentes, aonde vão aos poucos mudando as ações e os (DEUS et al., 2007).

O profissional educador deve facilitar no processo de ensino/aprendizagem, através da simplicidade no modo de expressão, da sintonia entre o conteúdo proposto e a realidade local, bem como o estímulo ao aprendizado participativo (PETRY e PRETTO, 2003). Por isso, se faz necessário o uso de uma linguagem acessível de ser adotada nos programas educativos coletivos (UNFER e SALIBA, 2000).

Em uma análise do estudo realizada por Deus Moura et al. (2007), observou-se que a maioria das mães desistiram do atendimento antes dos seus filhos atingir a idade-limite de três anos, mostrando-se inconsistentes as justificativas apresentadas para a desistência. Este fato despertou a necessidade de se discutir com a equipe do Programa Preventivo para Gestantes e Bebês (PPGB), para implantação de novas estratégias, para motivar as mães no retorno às consultas de manutenção preventiva.

Quando a mãe apresenta baixa escolaridade seus filhos consomem mais carboidratos ou tem altos níveis de *streptococcus mutans* na saliva, possuindo 32 vezes predisposição a instalação de doença cárie dentária (NOWAK e WAMEN, 2000).

Para Bastistella et al. (2006) as gestantes recebem pouca atenção e assistência sobre a saúde bucal. Os autores acreditam que isso aconteça porque existe um grande desconhecimento no atendimento por parte das futuras mães e também por parte dos dentistas que não se sentem seguros em atendê-las. Os médicos obstetras, por serem os primeiros profissionais a terem contado direto com as gestantes, deveriam fornecer informações e esclarecer sobre questões básicas à saúde bucal, uma vez que estes grupos de pacientes estão receptivos ao fornecimento dessas informações (FERREIRA et al. 2009). De acordo com Costa et al. (2002) há falta de interação entre médicos e dentistas, provocando um déficit na prática de promoção da saúde.

2.4.1 Hábitos deletérios

De acordo Martins et al. (2003) os hábitos deletérios mais comuns à saúde bucal infantil são a sucção do dedo ou chupeta, a onicofagia e a prática do morder objetos. O hábito de sucção de chupeta é usado por cerca de $\frac{3}{4}$ das crianças nos primeiros anos de vida, e essa taxa reduz com o passar dos anos.

O uso de chupetas e sucção de dedos são potenciais maléficis que podem resultar dos hábitos de sucção não nutritivos. Esses hábitos defeituosos estimulam a instalação de mal oclusões . No entanto, quando removidos precocemente, ainda que na presença de problemas recém instalados, a autocorreção é uma possibilidade esperada (TARTAGIA et al., 2001). Esta mal oclusão dentária vai depender da freqüência do hábito, do período de tempo e da força aplicada durante a sucção, além da resistência alveolar e do padrão dentofacial inerente à criança (MARTINS et al., 2003). No caso de utilização de chupetas é mais indicado que elas sejam ortodônticas e sem argolas, para não serem penduradas na roupa das crianças; de preferência de silicone, para permitir fácil higienização, e que tenham tamanho adequado à boca da criança (CORRÊA et al., 2005). Lima et al. (2006) recomendam que é preciso observar o momento de vida da criança pois, em situações favoráveis, é possível negociar o tempo e a freqüência diária do uso da chupeta. Deve-se explicar, sempre que houver capacidade de entendimento por parte da criança, o motivo para a retirada do hábito. Os próprios pais, muitas vezes, estimulam a instalação de hábitos de sucção frente o choro dos filhos e parece transcorrer daí a conotação de que o uso de chupeta é criado com o objetivo de “pacificar” ou “confortar” a criança inquieta (SERTÓRIO e SILVA, 2005).

Em função destes hábitos deletérios das crianças podem ocorrer várias alterações no sistema estomatognático como: retrognatismo mandibular, prognatismo maxilar, mordida aberta anterior, musculatura labial superior hipotônica e labial inferior hipertônica, hipoplasia do palato, interposição de língua atresia do arco superior e respiração bucal (MORESCA e FERES, 1992).

2.4.2 Higienização Bucal dos Bebês

Antes da erupção dos primeiros dentes decíduos é importante que as gengivas dos bebês sejam massageadas e a cavidade bucal fique limpa, proporcionando a retirada de restos alimentares. É necessária a remoção de resíduos do aleitamento que ficam estagnados na cavidade bucal, utilizando dedeiras especiais, gaze ou fralda umedecida em água fervida e envolta do dedo indicador da mão (Martins et al., 1998; Giordano, 2001).

3 Objetivo

3.1 Objetivo geral

Verificar e estudar quais as formas de estratégias de promoção e prevenção de saúde bucal na primeira infância na Atenção Básica de Saúde.

3.2 Objetivos específicos

Analisar e estudar sobre a importância da prevenção odontológica em crianças na primeira infância.

Estudar como as orientações às gestantes e às mães de recém-nascidos podem contribuir para a promoção de saúde da população estudada.

Verificar políticas nacionais de saúde bucal na prevenção de agravos à saúde bucal infantil.

4 Metodologia

A confecção do tema foi escolhida em virtude da grande preocupação com a cárie precoce, tornado problema de saúde pública. O atendimento odontológico precoce é uma forma de preconizar a promoção e prevenção da saúde bucal infantil.

Foi elaborado uma criteriosa revisão bibliográfica, por meio de artigos, teses, dissertações, manuais, livros e sites sobre o assunto, onde foi possível realizar uma leitura exploratória, demonstrando o que foi desenvolvido na pesquisa. Após a seleção do material, foi realizada uma leitura exploratória, seleção e fichamento para demonstrar o desenvolvimento da pesquisa e assim atingir os objetivos propostos.

Optou-se pelo método qualitativo para pontificar nos detalhes das questões do problema levantado, que teve como objetivo estudar e correlacionar, por meio da revisão literária, melhores estratégias e propostas aplicadas em outros estudos, facilitando na construção de planos para atuação no processo de prevenção da cárie em crianças de zero a 36 meses. Esta revisão literária visou formular um sistema de referencial teórico e conceitual que auxiliou na análise traçadas neste trabalho.

5 Estratégias Para a Prevenção e Promoção de Saúde Bucal de Crianças

Uma ótima forma de estratégia é inserção da equipe multiprofissional na atenção básica de saúde, mostrando-se como um desafio para os demais profissionais, mas que obtém um bom resultado. A união das distintas profissões é muito importante para o sucesso da prevenção. O aumento da composição da Equipe de Saúde da Família, inserindo a odontologia, foi um plano criado pela Portaria Ministerial nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000, que gerou uma situação desafiadora para a saúde bucal, melhorando a cobertura de atendimento e assistência odontológica.

Com os avanços dos programas brasileiros de saúde bucal, de acordo com os pesquisadores Nickel et al. (2008) foi possível criar novos programas de assistência odontológica infantil, dando ênfase ao atendimento precoce facilitando atuação de formas preventivas e curativas na saúde bucal de crianças. A atuação na atenção precoce, segundo Baldani et al. (2003) provocou um resultado satisfatório e, ao mesmo tempo, ajudou no processo de prevenção da saúde bucal de crianças entre zero e 36 meses de idade, reduzindo as taxas de cárie dentária tanto na idade assistida quanto nas idades subsequentes.

Segundo Walter (1987) através da criação do programa Bebê-Clínica, em 1985, foi possível verificar-se ótimos resultados de atuação odontológica na prevenção e controle da cárie em crianças de até 36 meses. Outro programa que obteve uma boa efetividade, de acordo com Deus Moura et al. (2007) foi Programa Preventivo para Gestantes e Bebês, que teve como finalidade promover a conscientização das gestantes e mães, por meio de informações, tentando mudar os hábitos deletérios para melhorar a qualidade de vida dos seus filhos.

Esta forma de estratégia na aplicação de informações às gestantes no pré-natal pode facilitar o processo de conscientização destas mulheres. A equipe de saúde, de forma interdisciplinar e multiprofissional, deve promover a capacitação e educação das mães, incentivando o amadurecimento sobre a importância da prevenção da saúde bucal dos seus filhos. Ferreira et al. (2009) verificaram que a atuação da odontologia é essencial no papel educativo/preventivo antes do nascimento, por meio de aconselhamentos durante o pré-natal e, posteriormente, a partir dos cuidados com saúde bucal dos bebês.

É necessário também, que a equipe multiprofissional oriente as gestantes durante o pré-natal quanto ao valor da amamentação e os benefícios do leite materno, como a diminuição da predisposição de contrair a cárie de mamadeira (GONZÁLES-PERES et al., 1992).

Um dos principais fatores para evitar o aparecimento de infecções bucais, em especial a cárie, é a adoção de cuidados com a saúde bucal. Barros et al. (2001) mostraram que a adequação e utilização dos cuidados básicos para a manutenção da saúde das crianças é como a criação do hábito de higiene bucal. Para uma boa formação dos dentes é preciso manter uma ótima higiene bucal. A orientação e participação dos pais na higienização bucal dos filhos é uma forma de estratégia, que tem um resultado positivo na redução da prevalência da cárie dentária e na incorporação de hábitos saudáveis, como foi ressaltado por Stecksen-Blicls e Holm (1995). Estudos revelam que a inclusão de fluoretos na água de abastecimento público possibilita a redução do índice de cárie (Narvai et al., 1999).

A alimentação inadequada também é um fator desencadeante da cárie nos primeiros anos de vida. Por isso é importante que os pais sejam informados sobre os cuidados para preservação da saúde bucal dos seus filhos (WAMBIER et al., 2004). Mas tomando cuidado com o aporte frequente do leite materno, conforme Rifa (1998), a amamentação incorreta, ou seja, o aleitamento materno dada em horários inapropriados, como crianças que possuem o hábito de adormecer no seio, pode aumentar o potencial cariogênico do leite materno, provocando a cárie rampante. Por isso é preciso que as mães sejam informadas sobre esse hábito ser tão prejudicial à saúde bucal dos seus filhos.

6 Considerações Finais

A cárie dentária continua sendo um grave problema de saúde pública no Brasil, em especial, quando presente em crianças na primeira infância.

O principal objetivo da assistência odontológica realizada em bebês a partir do seu nascimento é manter a saúde bucal dentro de uma filosofia e tratamento educativo preventivo, mostrando a importância do tratamento precoce, porque nem mesmo estas crianças estão livres de contrair a cárie dentária.

Existe grande necessidade de uma atenção bucal direcionada para menores idades, por meio de métodos educativos e preventivos. Neste estudo foi possível perceber que mesmo com aplicação de estratégias criadas na atenção básica, os pais e a sociedade brasileira ainda necessitam melhorar os seus conhecimentos, tentando reduzir as afecções bucais infantis.

Embora existam programas que atuam na prevenção de cárie dentária infantil, os quais obtiveram grandes resultados positivos, ainda percebe-se deficiência na promoção da saúde bucal quando se verifica as elevadas taxas de cárie dentária na população infantil brasileira.

Este estudo possibilitou compreender que crianças entre zero a 36 meses de idade, precisam de atendimento e assistência odontológica precoce e uma efetiva parceria da equipe multiprofissional com a família nas trocas de informações para aplicar na educação destas crianças, promovendo a prevenção e promoção da saúde bucal.

Portanto, esta revisão de literatura revelou que a saúde bucal constitui um campo de conhecimentos e de responsabilidades dos demais profissionais e das três esferas governamentais, tornando-se importante fazer parte da rotina de trabalho de todos os membros envolvidos. Os trabalhadores do campo da saúde bucal devem atuar sob uma concepção ampla, em que trabalhar a doença não seja a prioridade e a promoção da saúde seja o objetivo central.

Referências

1. ANDRADE, G.R.B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Revista de Ciências e Saúde Coletiva**, v.7, n.4: p. 925-934, set./out. 2002.
2. AYHAN, H.; SUSKAN, E.; YILDIRIM, S. The effect of nursing or rampant caries on height, body weight and head circumference. **Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, v. 20, n.3: p. 209-212, mar.1996.
3. BALDANI, M.H.P.; LOPES, C.M.D.; KRIGER, L; MATSUO, T. A. Odontologia para bebês no Estado do Paraná, Brasil – perfil do Programa de Atenção Precoce à saúde bucal. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia para Bebê**, v.6, n.31: p.210-216, 2003.
4. BARROS, S.G., CASTRO ALVES, A., PUGLIESE, L.S., REIS, S.R.A. Contribuição ao estudo da cárie dentária em crianças de 0-30 meses. **Pesquisa Odontológica Brasileira** v.15, n.3: p.215-222, jul./set. 2001.
5. BATISTELLA, F.I.D.; IMPARATO, J.C.P; RAGGIO, D.P.; CARVALHO, A.S. Conhecimento das gestantes sobre saúde bucal. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 54, n.1: p.67-73, jan./mar. 2006.
6. BERKOWITZ, R. J. Etiology of nursing caries: a microbiologic perspective. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 56, n. 1, p. 51-54, mar.1996.
7. BÖNECKER, M. J. S.; GUEDES-PINTO, A. C.; WALTER, L. R. F. Prevalência, distribuição e grau de afecção de cárie dentária em crianças de 0 a 36 meses de idade. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentista**, v. 51, n. 6, p. 535-540, nov./dez. 1997.
8. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v.34, n.3: p.316-319, jun. 2000.
9. BRASIL, Portaria 1.444, de 28 de dezembro de 2000.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Projeto SB Brasil – condições de saúde bucal da população brasileira, resultados principais. Brasília: 2004.
11. CAUFIELD, P.W.; CUTTER, G.R.; DASANAYAKE, A.P. Initial acquisition of mutans streptococci by infants. Evidence for a discrete window of infectivity. **Journal of Dental Research**, v. 72, n.1: p.37-45, jan. 1993.
12. CORRÊA, M.S.N.P.; DISEENHA, R.M.S.; WEFFORT, S.Y.K. **Saúde bucal do bebê ao adolescente: guia de orientação**. São Paulo: Santos; 2005.

13. COSTA, C.A.A.A. **Odontopediatria**. Rio de Janeiro: A.Coelho Branco,1939.
14. COSTA, I.C.C.; SALIBA, O.; MOREIRA, A.S.P. Atenção odontológica à gestante na concepção médico-dentista-paciente: representações sociais dessa interação. **Revista de Pós Graduação**, v.9, n.3: p.232-243, jul./set.2002.
15. CRUZ, A. A.G.; GADELHA, C.G.F.; CAVALCANTI, A.L.; MEDEIROS, P.F.V. Percepção materna sobre a higiene bucal de bebês: um estudo no Hospital Alcides Carneiro, Campina Grande-PB. João Pessoa **Pesquisa Brasileira Odontopedria e Clinica Integrada**, João Pessoa, v. 4, n. 3, p. 185-189, set./dez. 2004.
16. CURY, J.Á. Uso do flúor e controle da cárie como doença. In: BARATIERI, L.N. *et al.*, editores. **Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades**. São Paulo: Santos; 2001. p.31-68.
17. DAVOGLIO, R.S.; AERTS, D.R.G.C.; ABEGG, C.; FREDDO, S.L.; MOTEIRO, L. Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. **Cadernos da Saúde Publica**, v.25, n.5: p.655-657, mar. 2009.
18. DEUS MOURA, L.F.A.; LIRA, D.M.M.P.; SILVA DE MOURA, M.; BARROS, S.S.L.V.; LOPES, T.S.P.; LEOPOLDINO, V.D.; MOURA, M.D.M. Apresentação do programa preventivo para gestantes e bebês. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia para Bebê**, v.4, n.17: p.10-14, jan./fev. 2001.
19. DEUS MOURA, L.F.A.; SILVA DE MOURA, M.; TOLEDO, O.A. Conhecimentos e práticas em saúde bucal de mães que freqüentaram um programa odontológico de atenção materno-infantil. **Ciências e Saúde Coletiva**, v.12, n.4: p.1079-1086, nov.2007.
20. FERREIRA, A.R.C.; GAÍVA, M.A.M. Atenção odontológica para bebês: percepção de um grupo de mães. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia para Bebê**, Curitiba, v. 4, n. 22, p. 485-489, nov./dez. 2001.
21. FERREIRA, F.V.; GASPARIN, A.B.; OLIVEIRA, M.D.M.; SOUZA NETO, F.S.S.; PRAETZEL, J.R. Percepção de médicos obstetras sobre a saúde bucal de gestantes. **Int. J Dent**, v.8, n.2: p.72-78, abr./jun. 2009.
22. FERREIRA, S.H.; KRAMER, P.F.; LONGONI, M.B. Idade ideal para a primeira consulta odontológica. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 47, n.4, p. 236-238, out./nov./dez. 1999.
23. FONSECA, Y. P. C.; GUEDES-PINTO, A. C. Controle da dieta alimentar em pacientes de odontopediatria com alta incidência de cárie. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 289-301, 1984.
24. FLÓRIO, F. M.; PEREIRA, A. C. Alicerce para a promoção de saúde bucal: o início precoce. In: PEREIRA, A. C. **Odontologia em saúde coletiva**. cap. 25. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 413-425.

25. FRAIZ, F. C.; WALTER, L. R. F. O comportamento infantil durante a higiene bucal domiciliar e alguns fatores associados à cárie. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia para Bebê**, v. 4, n. 21: p. 398-404, set./out. 2001.
26. GIORDANO, D.V. Odontologia para bebês. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 58, n.3, p. 150-151, mai./jun. 2001.
27. GONZÁLEZ-PÉREZ, S.; VENTURA-JUÁREZ, J.; CAMPOS- RODRÍGUES, R. Estudio sobre prevalencia de caries dental y caries rampante en población preescolar. **Boletín Médico del Hospital Infantil México**, v. 49, n. 11: p. 750-756, nov. 1992.
28. KASTE, L. M.; MARIANOS, D.; CHANG, R.; PHIPPS, K. R. The assessment of nursing caries and its relationship to high caries in the permanent dentition. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 52, n. 2: p. 64-68, may 1992.
29. LIMA, C.M.G.; WATANABE, M.G.C.; PALHA, P.F. Atenção precoce à saúde bucal: tarefa da equipe de saúde da família. **Revista Pediátrica**, v. 28, n.3: p. 191-198, ago. 2006.
30. MACIEL, S.M. **Saúde bucal infantil: a participação da mãe**. Dissertação (Tese) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1994.
31. MALTZ, M.; PAROLO, C.C.F.; JARDIM, J.J. Cariologia clínica. In: TOLEDO, O.A.; editores. **Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica**. 2ª. ed. São Paulo: Editorial Premier; 2005. p.105-150.
32. MAMEDE, M.M. A Criança na família e a família da criança. In: CORREA FILHO, L.; CORREA, M.E.; FRANÇA, O.S. (Orgs.). **Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê**. Brasília: L.G.E; 2002. p. 481-93.
33. MARTINS, A. L. C.; FERNANDES, F. C. R.; CORRÊA, M. S. N. P.; GUERRERA, A. C. A cárie dentária. In: CORRÊA, M. S. N. P. **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo: Santos, 1998. p. 195-208.
34. MARTINS, A.L.C. et al. A cárie dentaria. In: CORREA, M.S.N.P. **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo: Santos, 1998. cap. 17, p.195-208.
35. MARTINS, R.J.; GARBIN, A.J.I.; GARBIN, C.A.S.; MOIMAZ, S.A.S. Chupeta: amiga ou inimiga? **Revista Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v.57, n.1: p. 32-35, jan./fev. 2003.
36. MENDES, C.K.P.; COUTO, G.B.L; MELO, M.M.D.C.; VASCONCELOS, M.M.V.B. Reavaliação do programa de atendimento odontológico precoce: clínica do bebê da UFPE. **Anais Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Pernambuco**, v. 11, n.1: p. 44-50, set. 2001.
37. MILNES, A. R. Description and epidemiology of nursing caries. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 56, n. 1: p. 38-50, jan. 1996.
38. MORESCA, C.A.; FERES, M.A. Hábitos viciosos bucais. In: Petrelli, E. (Ed.). **Ortodontia para fonoaudiologia**. Curitiba: Lovise; 1992. p.164-76.

39. MULLER, M. Nursing-bottle syndrome: risk factors. **Journal of Dentistry for Children**, v. 63, n. 1: p. 42-50, jan./feb. 1996.
40. NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P.; CASTELLANOS, R.A. Declínio na experiência de cárie em dentes permanentes de escolares brasileiros no final do século XX. **Revista Odontologia e Sociedade**, v.1, n.1: p.25-29, nov. 1999.
41. NICKEL, D.A.; LIMA, F.G.; SILVA, B.B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. Rio de Janeiro, **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 241-246, fev. 2008.
42. NOWAK, A.J.; WARREN, J.J. Infant oral health and oral habits. **Pediatric Clinics of North America**, v.47, n.5: p.1043-1066, oct.2000.
43. OLIVEIRA, A.G.R.C.; ARCIERI, R.M.; UNFER, B.; COSTA, I.C.C.; MORAES, E.; SALIBA, N.A. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Revista Ação Coletiva**, v.2, n.1: p 9-14, jan./mar.1999.
44. PETRY, P.C.; PRETTO, S.M. Educação e motivação em saúde bucal. In: KRINGER, L. (Org.). **Promoção de saúde bucal: paradigma, ciência e humanização**. 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2003. p. 371-85.
45. PINTO, V.G. Relacionamento entre padrões de doença e serviços de atenção odontológica. **Revista de Saúde Pública**, v.23, n.6: p509-514, out.1989.
46. RAMOS, B. C.; MAIA, L. C. Cárie tipo mamadeira e a importância da promoção de saúde bucal em crianças de 0 a 4 anos. **Revista Odontológica Universidade de São Paulo**, v. 13, n.3: p. 303-311, jul./set. 1999.
47. RIPA, L. W. Nursing habits and dental decay in infants: nursing bottle caries. **Journal of Dentistry for Children**, v. 45, n. 4: p. 18-25, july/aug. 1978.
48. RIPA, L. W. Nursing caries: a comprehensive review. **Pediatric Dental Journal**, v. 10, n. 4: p. 268-282, dec. 1988.
49. SESAB. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Atenção à saúde da família no Estado da Bahia. Bahia: Grupo de Trabalho Modelo Assistencial, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia; 1996.
50. SERTÓRIO, S.C.M.; SILVA, I.A. As faces simbólicas e utilitárias da chupeta na visão de mães. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.2: p.156-162, set.2005.
51. SILVA, D.D.F.; LIMA, D.L.; ROSITO, D.B.; RIBEIRO, S.M.F.; FIGUEIREDO, M.C. Percepções e saberes de um grupo de gestantes sobre aleitamento materno – um estudo qualitativo. **Revista da Faculdade de Odontologia**, v.13, n.2, p.7-11, maio/ago. 2008.
52. SILVA, E.L. Odontologia para bebês. **Revista Paraense de Medicina**, v.21, n.4: p.dez. 2007.

53. STECKSÉN-BLICKS, C.; HOLM, A-K. Between-mealeating, tooth brushing frequencies and dental caries in 4 year-old children in the north of Sweden. **International Journal of Paediatric Dentistry**, Oxford, v. 5, n. 2, p. 67-72, June, 1995.
54. TARTAGLIA, S.M.A.; SOUSA, R.G.; SANTOS, S.R.B.; SERRA-NEGRA, J.M.C.; PORDEUS, I.A. Hábitos orais deletérios: avaliação do conhecimento e comportamento das crianças e suas famílias. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia par Bebê**, v.4, n.19: p. 203-209, mar. 2001.
55. THEODORO, D.S.; GIGLIOTTI, M.P.; OLIVEIRA, T.M.; SILVA, S.M.B.; MACHADO, M.A.A.M. Fator socioeconômico e o grau de conhecimento das mães em relação à saúde bucal do bebês. **Revista Odontológica**, v.6, n. 2: p. 133-137, abr./jun. 2007.
56. TOMITA, N.E.; BIJELLA, V.T.; LOPES, E.S.; FRANCO, L.J. Prevalência de cárie dentária em crianças da faixa de 0 a 6 anos matriculadas em creches: importância de fatores socioeconômicos. **Revista de Saúde Pública**, v. 30, n.5: p.413-420, out. 1996.
57. UNFER, B.; SALIBA, O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. **Revista de Saúde Pública**, v.34, n.2: p.190-195, abr. 2000.
58. VACHIRAROJPISAN, T.; SHINADA, K; KAWAGUCHI, Y.; LAUNGWECHAKAN, P.; SOMKOTE, T.; DETSOMBOONRAT, P. Early childhood caries in children aged 6–19 months. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v.32, n.2: p. 133-142, apr. 2004.
59. WALTER, L.R.F.; FERELLE, A.; HOKAMA, N.; PELANDA, V.L.G.; FRANCO, M.P.S.; IEGA, R. Cárie em crianças de 0 a 30 meses de idade e sua relação com hábitos alimentares. **Enciclopédia Brasileira de Odontologia**, v.5, n.12: p.129-316, dez.1987.
60. WALTER, L.R.F.; GARBELINI, M.L.; GUTIERREZ, M.C. Bebê-Clínica, a experiência que deu certo. **Divulgação em Saúde para Debate**, v.6, n.20: p.65-68, out.1991.
61. WAMBIER, D.S.; BOSCO, V.S.; CUMAN, V.; SMIGUEL, O.; ELOY, T.C. Prevalência e distribuição de lesões de cárie em bebês. **Publ. UEPG Ci. Biol.**, v.10, n.1: p. 15-22, mar. 2004.
62. WEINSTEIN, P. Public health issue in early childhood caries. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v.26, n.1: p.84-90, sep.1998.
63. WEINSTEIN, P.; DOMOTO, P.; WOHLERS, K.; KODAY, M. Mexican-American parents with children at risk for baby bottle tooth decay: pilot study at a migrant farmworkers clinic. **J Dent Child**, v. 59, n. 5: p. 376-383, sept./oct. 1992.
64. WEINTRAUB, J.A.; RAMOS-GOMEZ, F.; JUE, B.; SHAIN, S.; HOOVER, C.I.; FEATHERSTONE, J.D.B.; GANSKY, S.A. Fluoride varnish efficacy in preventing early childhood caries. **Journal of Dental Research**, v.85, n.2: p.172-176, jan. 2006.
65. ZUANON, A.C.C.; CAMPOS, J.A.D.B.; AZEVEDO, E.; DOMANESHI, C.; MENEZES, T.M. Atendimento odotológico precoce – estudo longitudinal. **Revista Ciências em Extensão**, v. 1, n.2: p.130-136, nov. 2004.

