

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**CÁRIE DENTÁRIA EM CRIANÇAS DE
ZERO A CINCO ANOS: FATORES ASSOCIADOS**

LUCIENE DE SÁ MADUREIRA

CONSELHEIRO LAFAIETE - MG

2013

LUCIENE DE SÁ MADUREIRA

**CÁRIE DENTÁRIA EM CRIANÇAS DE
ZERO A CINCO ANOS: FATORES ASSOCIADOS**

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.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

CONSELHEIRO LAFAIETE – MG

2013

LUCIENE DE SÁ MADUREIRA

**CÁRIE DENTÁRIA EM CRIANÇAS DE
ZERO A CINCO ANOS: FATORES ASSOCIADOS**

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.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

Banca Examinadora:

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena - Orientador

Prof^a. Viviane Elisangela Gomes

Aprovada em Belo Horizonte, 02/03/2013

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha filha Maria Clara que é meu maior incentivo na busca por novos conhecimentos e para quem quero lutar por um futuro melhor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus por sempre se fazer presente em minha vida e pelas oportunidades que me proporciona;

Agradeço aos meus familiares pelo apoio irrestrito, principalmente meus pais por estarem sempre me apoiando na busca pelo conhecimento;

Ao meu marido e à minha filha, agradeço por entenderem a minha ausência em momentos especiais e por estarem sempre ao meu lado em momentos difíceis;

Ao Profº Bruno Sena, pela paciência com meus atrasos e pela tão grandiosa orientação;

Em especial, agradeço aos municípios de Ferros e São Sebastião do Rio Preto, que me receberam de braços abertos e onde pude acumular uma ótima bagagem profissional. Onde fiz muitos amigos e pacientes, pelos quais tenho um carinho enorme.

MUITO OBRIGADA!

*“Se as coisas são inatingíveis... Ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
A presença distante das estrelas!”*

Mário Quintana

RESUMO

Diante de um quadro social de muitos e relevantes problemas socioeconômicos da população, a Equipe de Saúde da Família (ESF) tem um compromisso com uma atuação de maior impacto e a necessidade de soluções técnicas e socialmente viáveis, o que mobilizou a busca por maior conhecimento e formação (Educação Permanente em Saúde). A cárie dentária é uma doença com alto índice nas crianças de zero a cinco anos e que tem um grande impacto na saúde. É uma doença que se desenvolve pela união de diversos fatores e que necessita de cuidados específicos para seu controle. O consumo frequente de açúcar e os fatores socioeconômicos tem se mostrado relevantes na instalação e progressão da doença cárie. Esse trabalho tem como objetivo verificar, através de uma revisão de literatura, os fatores que estão associados com a prevalência de cárie dentária em crianças de zero a cinco anos, propor ações coletivas para prevenção e promoção da saúde bucal. No município de São Sebastião do Rio Preto, o índice de cárie em crianças menores de cinco anos de idade, é relevante. Concluiu-se que, existe a necessidade de atuar junto às mães, gestantes, puérperas e na família, buscando melhorar o nível de informação, estimular o autocuidado e o cuidado para com as crianças, estimular também melhorias nos hábitos de alimentação e higiene; buscando assim, uma melhora da saúde bucal dessas crianças.

Palavras-Chave: Odontologia Preventiva, Odontopediatria, Cárie, Saúde da Família

ABSTRACT

Faced with a membership of many relevant socioeconomic problems of the population, the Family Health Team (FHT) has a commitment to work with the greatest impact and the need for techniques and socially viable solutions, which mobilized the search for greater knowledge and formation (Permanent Education in Health). The caries disease and a high index in children from zero to five years and has a major impact on health. And a disease that develops by the union of several factors which need special care to prevent them. High intake of sugar and socioeconomic factors have been shown to be aggravating the development of this disease. This study aimed, through a literature review, identify factors that influence the incidence of caries from zero to five years (age at which children are under the exclusive care of their parents), comparing data already published by the authors with data secondaries found in the municipality and, finally, to propose actions to address this collective problem. In the municipality of São Sebastião do Rio Preto, the index of caries in children under five years old, and relevant, it was observed that most of these children come from socioeconomically disadvantaged family, which has shown an injury to dental caries. We conclude that there is a need to act with the mothers, pregnant women, mothers and family in general, seeking to improve the level of information, encourage self-care and care for the children, also stimulate improvements and new ways of feeding and hygiene seeking of oral health for that patient.

Keywords: Preventive Dentistry, Odontopediatrics, Caries, Family Health

LISTA DE ABREVIATURAS

ABS-	Atenção Básica à Saúde
ART-	Tratamento Restaurador Atraumático
CEABSF -	Curso de Especialização em Atenção Básica na Saúde da Família
CEO-	Centro de Especialidades Odontológicas
DFP-	Diamino Fluoreto De Prata
EAD-	Educação à Distância
EPS-	Educação Permanente em Saúde
ESB-	Equipe de Saúde Bucal
ESF-	Estratégia saúde da Família
PSF-	Programa de Saúde da Família
SUS-	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVOS	13
3.1 Objetivos Gerais	13
3.2 Objetivos Específicos	13
4 METODOLOGIA	14
5 REVISÃO DA LITERATURA	16
5.1 Cárie Dentária: Aspectos Básicos	16
5.2 Cárie Dentária: Prevalência em menores de cinco anos e relação com Fatores Socioeconômicos	
5.3 Determinantes Socioeconômicos em São Sebastião do Rio Preto que podem estar associados à prevalência de Cárie Dentária	21
5.4 Questões Nutricionais, Açúcar e Cárie Dentária	26
5.5 Odontologia para Crianças	27
5.6 Educação Permanente	29
6 DISCUSSÃO	34
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	41

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, no Brasil, houve um grande avanço na oferta de tratamento odontológico pelo Sistema Único de Saúde – SUS. A Estratégia de saúde (SF), é a base para a reorganização da atenção básica à saúde, no contexto da implementação do Sistema único de Saúde (SUS). Busca a atenção à saúde por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível da atenção, voltadas para a promoção, prevenção, e tratamento dos agravos a saúde.

Em saúde bucal, ao focar a família como seu principal eixo de trabalho, busca-se, também, consolidar um novo modelo de atendimento, rompendo com os modelos vigentes, caracterizados ora como curativo – mutiladores, ora meramente de promoção de saúde da população infantil escolar.

O medo e a ansiedade frente ao tratamento odontológico têm sido objeto de estudos há décadas. Estudos recentes realizados por diversos autores de vários países, em função do grande índice de doenças bucais e suas manifestações sistêmicas, que se tornaram um problema de saúde pública, apesar de todo o avanço técnico-científico que vem sendo agregado à odontologia, comprovam que um fator impeditivo ao tratamento odontológico preventivo e curativo é o medo e a ansiedade.

A infância caracteriza-se como um período crítico para o desenvolvimento do medo e/ou ansiedade, sendo esta uma causa significativa do absenteísmo odontológico na adolescência e fase adulta, pois a forma como a criança elabora internamente essa experiência é decisiva na formação de suas futuras expectativas e reações em relação à Odontologia.

A inserção da odontologia no PSF (Programa de saúde da família), o processo de Educação Permanente em Saúde (EPS), e ainda, um estudo profundo das condições de vida da população podem proporcionar um atendimento de mais qualidade, focado não só no tratamento, mas, na prevenção e promoção da saúde bucal.

É grande o número de crianças menores de 5 anos de idade, com alto índice de cárie que, são público alvo no atendimento odontológico no PSF

(Programa de Saúde da Família). São casos de lesões de cárie rampantes (de mamadeira), molares destruídos e necessidade de exodontias (o que prejudica muito a erupção da dentição permanente).

As crianças nessa idade raramente permitem o atendimento, o que trás inúmeros casos ainda sem tratamento e um desgaste enorme para nós profissionais. Existem ainda crianças que por motivos maiores, foram forçadas ao tratamento e se encontram traumatizadas (fator que acaba gerando um número elevado de encaminhamentos para especialistas).

O consumo frequente de açúcar pela população e a falta de informação, podem contribuir na instalação e progressão da doença cárie.

O intuito deste trabalho é promover aos usuários do PSF um atendimento sem traumas, sem desgaste para o profissional, e com a satisfação dos pais e das crianças.

A promoção de saúde bucal na primeira infância através de uma boa comunicação e proximidade entre profissionais e usuários bem como as consultas odontológicas de rotina e os procedimentos preventivos, podem evitar ou minimizar a ocorrência de situações clínicas invasivas e dolorosas, reduzindo assim a ansiedade ao tratamento odontológico, favorecendo a quebra do ciclo: medo do tratamento odontológico – falta nas consultas – baixa saúde bucal. Acredita-se que esse é um dos caminhos para o enfrentamento do uso desigual dos serviços de saúde bucal pela população.

2 JUSTIFICATIVA

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, além de outros, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Já a saúde bucal, é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) e precisa oferecer condições para que a criança cresça e se desenvolva da melhor forma possível.

No decorrer dos anos, no trabalho no PSF, foi possível observar o grande acometimento da cárie dentária nas crianças menores de cinco anos. Foi também possível observar que os casos mais graves vinham de famílias de condições socioeconômicas desfavoráveis e de poucos conhecimentos.

A falta de informação e os hábitos deficientes ainda estão presentes em muitas famílias. Situações como o consumo frequente de sacarose e a falta de tratamento de água e esgoto, além de outros problemas socioeconômicos, estão presentes.

Por meio do CEABSF, me deparei com uma possível forma de enfrentar o problema da cárie dentária nas crianças de zero a cinco anos, aprofundar os estudos sobre este problema e descobrir, através de uma revisão de literatura, um novo processo de atendimento, voltado para o controle da doença na primeira infância.

A maior parte dessas crianças é muito ansiosa, raramente permitem o atendimento, e isto, faz com que haja um número grande de casos sem tratamento e aumenta o número de encaminhamentos para especialistas.

Na maioria das famílias onde predomina a cárie dentária na primeira infância, o alto e frequente consumo de açúcar, a falta de tratamento de água e esgoto, além de outros problemas socioeconômicos, como alimentação e higiene são de grande relevância.

Com base nos vários casos que aparecem no setor de odontologia do PSF e a prevalência de cárie dentária em crianças menores de cinco anos, faz-se necessário realizar uma revisão de literatura para compreender melhor o assunto e, assim, propor ações de promoção da saúde no município.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Conhecer os determinantes e condicionantes de um grave problema enfrentado pelas equipes de saúde bucal: “Alto índice de cárie em crianças de zero a cinco anos de idade” e comparar dados da literatura com a realidade do município de São Sebastião do Rio Preto/MG.

3.2 Objetivos Específicos

- Enfatizar a promoção da saúde e a redução da prevalência das cáries dentárias crianças em crianças de zero a cinco anos no município de São Sebastião do Rio Preto/MG.
- Contribuir com a melhoria do atendimento odontológico de crianças de 0 a 5 anos na atenção primária.
- Estimular, junto à gestão do município, novas formas de proporcionar educação Permanente aos profissionais do PSF que atuam nesta área..

4 METODOLOGIA

Foi realizada pesquisa bibliográfica por meio da internet, nos bancos de dados da saúde como Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), Biblioteca Virtual da Saúde do ministério da Saúde (BVSMS), com as seguintes palavras-chave: ‘Cárie Dentária’ e ‘Primeira Infância’. Foram selecionados alguns artigos publicados no período de 2000 a 2012 em português, inglês e espanhol que descreveram temas sobre a saúde bucal de crianças de zero a cinco anos. Foi feita leitura cuidadosa dos artigos selecionados e elaborados resumos, com o objetivo de ordenar de forma clara e sistematizada os achados mais relevantes de cada trabalho para posterior análise, levando em conta seu valor teórico e sua importância científica.

Também foi realizada consulta aos dados secundários disponíveis da ESF “Serafchim Sanna” no sistema de informação do município de São Sebastião do Rio Preto.

O município está localizado na Serra do Espinhaço, Zona Metalúrgica do Estado de Minas Gerais. Está a 750 metros de altitude, distante 169 km da capital mineira. Segundo dados do IBGE a estimativa da população em 2010 para a cidade é 1730 habitantes.

Segundo sistema de informação sobre mortalidade - SIM – morreram 11 pessoas em São Sebastião do Rio Preto, sendo as causas externas de maior proporção, seguidas das neoplasias, aparelho circulatório e aparelho respiratório. E um caso de óbito fetal.

No município existem quatro escolas municipais, destas uma se localiza na área rural, e, uma escola estadual localizada na área urbana.

O serviço de abastecimento de água do município está sob responsabilidade da prefeitura. A água é fornecida através de poços artesianos ou nascentes, não é tratada e nem fluoretada. Não possuímos rede de tratamento de esgoto, sendo os dejetos lançados nos córregos e rios da região e como

consequência, existe a proliferação de doenças transmitidas pela água contaminada e, também, um reflexo imediato em atividades que poderiam ser exploradas com maior intensidade, principalmente o ecoturismo. A coleta de lixo é realizada apenas na área urbana, cobrindo 100% dos domicílios urbanos e o lixo é jogado em um aterro sanitário sendo enterrado em fossas sépticas. Na zona rural a população lança o lixo nos quintais, onde em sua maioria, são queimados.

Não há na cidade sistema privado de saúde, que conta apenas com o posto de saúde e o PSF, sistemas públicos de atendimento. O funcionamento dos mesmos é das 07:00 às 17:00 durante a semana, e nos fins de semana e feriados, em caso de atendimento de emergência, em qualquer horário. O PSF foi implantado em Fevereiro de 2002. A equipe é constituída de 01 médico, 01 enfermeira, 01 auxiliar de enfermagem e 04 agentes comunitários de saúde, 1 cirurgiã- dentista e 1 auxiliar de saúde bucal.

O programa atende 100% da população, cobrindo 411 famílias.

O PSF desenvolve ações preventivas, de promoção proteção, recuperação e reabilitação da saúde.

Os dados encontrados sobre o município de São Sebastião do Rio Preto foram de fundamental importância para a realização desse trabalho.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Cárie Dentária : Aspectos Básicos

Para Peres (2003) a cárie dentária é:

[...] a doença mais comum em crianças nas Américas, [e] constitui um aspecto crítico das condições gerais de saúde, devido ao seu peso na carga de doenças, e ao seu impacto na qualidade de vida por ser causa de dor e sofrimento. Além disso, os altos custos de tratamento e a possibilidade de utilização de medidas preventivas efetivas, contribuem para ela ser considerada um importante problema de saúde pública (PERES, 2003, p.293).

A cárie dentária nada mais é do que a combinação de vários fatores (microbiota, bactérias, indivíduo, dieta), que afeta diretamente de várias maneiras a saúde do ser humano. É uma doença crônica, resultante da dissolução mineral dos tecidos dentários produzida por bactérias, quando estas metabolizam carboidratos, em especial a sacarose, oriundos da dieta (PERES, 2003).

A cárie é uma doença infectocontagiosa de caráter crônico, causada pelo processo de desmineralização da superfície dental por ácidos da superfície dental por ácidos orgânicos provenientes da fermentação dos carboidratos da dieta, pelas bactérias. A cárie dentária é definida como uma doença infecciosa, pós-eruptiva, transmissível, influenciada pela dieta e que é, quase sempre, caracterizada por uma destruição progressiva e centrípeta dos tecidos mineralizados dos dentes (SOUZA; FRACASSO, 2010).

Apesar da etiologia da cárie ser bem conhecida, muitos aspectos relativos ao papel dos fatores sociais e biológicos nos primeiros anos de vida continuam obscuros.

Diversos fatores podem influenciar, potencializando ou amenizando, a ocorrência da cárie. Mesmo na presença de microrganismo, a cárie não se desenvolve na ausência de fatores determinantes, tais como: dieta cariogênica, acesso ao flúor, velocidade e qualidade da secreção salivar e tempo de exposição do dente a esses fatores citados. Fatores ditos mascaradores, interferem no processo das doenças em geral formando o meio psicossocial em

que o indivíduo está inserido; são eles: baixo nível socioeconômico, comportamento de saúde dental *locus* de controle, eficácia social, conhecimento sobre saúde bucal, raça, sexo, idade, stress e outros que precisam ser contornados para uma melhor qualidade, não só de saúde oral, mas na saúde como um todo (SOUSA; VIEIRA, 2007).

A dentição decídua é fundamental para a mastigação, a fonética e apresentação estética. Portanto, conservar sua integridade é de grande importância. A cárie severa, além de possibilitar a destruição das estruturas dentárias provocando dor e desconforto, pode ainda promover a perda precoce desse dente. Devido a todos os agravos que a doença pode causar, a cárie é considerada um problema de saúde pública (HANNA; NOGUEIRA; HONDA, 2007).

A cárie dentária é considerada um problema de saúde pública, devido seu impacto na qualidade de vida das pessoas. Essa pode ter o seu avanço limitado se detectada e tratada precocemente (MARTINS, 2010).

5.2 Cárie dentária: Prevalência em crianças menores de cinco anos e a relação com fatores socioeconômicos

A cárie dentária, doença infecciosa que independe do sexo, idade, ou condição social, tem uma forte dependência do ambiente da criança, hábitos de higiene e alimentação. A maioria dos pais não tem informação quanto aos hábitos alimentares e quanto à higiene bucal de seus filhos, fatores tão importantes para prevenção de tal doença (SOUSA; VIEIRA, 2007).

Diversos fatores podem influenciar, potencializando ou amenizando, a ocorrência da cárie. Mesmo na presença de microrganismo, a cárie não se desenvolve na ausência de fatores determinantes, tais como: dieta cariogênica, acesso ao flúor, velocidade e qualidade da secreção salivar e tempo de exposição do dente a esses fatores citados. Fatores ditos mascaradores, interferem no processo das doenças em geral formando o meio psicossocial em que o indivíduo está inserido; são eles: baixo nível socioeconômico,

comportamento de saúde dental *locus* de controle, eficácia social, conhecimento sobre saúde bucal, raça, sexo, idade, stress e outros que precisam ser contornados para uma melhor qualidade, não só de saúde oral, mas na saúde como um todo (SOUSA; VIEIRA, 2007).

Theodoro *et al.* (2007) afirmaram que existe uma relação entre classe social e prática de prevenção dentária, pois quanto maior o status socioeconômico, maior a frequência de visitas ao cirurgião-dentista, já que o comportamento humano se baseia nas atitudes tomadas pela classe social a que pertence. Os cuidados com a saúde bucal estão relacionados ao nível de instrução e de renda dos indivíduos, já que o fator socioeconômico pode interferir no acesso à informação. Os filhos de pais que apresentam melhores condições socioeconômicas têm a prevalência de cárie menor. Bem como o nível educacional da família, mais especificamente da mãe, tem relação com o nível de saúde geral e/ou bucal da criança. Os autores salientam ainda que a atenção à saúde pública, principalmente para os mais desfavorecidos, é de fundamental importância para a prevenção da doença.

Nadanovsky (2000) ponderou que pessoas com baixa renda familiar tendem a ingerir mais açúcar. O mesmo concluiu que famílias de baixa renda apresentavam o hábito de ingerir melado em grande quantidade e frequência. As mães de classes de menor renda tendem a amamentar seus filhos por menos tempo, além de acrescentar açúcar e farinhas à mamadeira.

Além da renda familiar, a inserção social tem influência direta na prevalência da cárie dentária (FURLANI, 1993; NADANOVSKY, 2000; PERES *et al.*, 2000).

Têm se observado grupos específicos da população que permanecem com elevada prevalência de cárie dentária; de modo geral, a especial vulnerabilidade ao agravo está associada à exposição mais intensa aos fatores de risco e à privação social (MARTINS *et al.*, 1999).

Ao analisar os fatores socioeconômicos relacionados com a cárie dentária, deve-se considerar a etiologia das desigualdades sociais como a má distribuição da renda, a falta de participação da riqueza nacional, o desemprego, o atraso tecnológico em alguns setores e os elevados índices de analfabetismo. Além das dificuldades de acesso aos serviços odontológicos, pessoas com

diferenças pronunciadas de renda também estão em desvantagem quanto à ocorrência de problemas de saúde bucal. Tal constatação foi registrada no levantamento do Ministério da Saúde em 1988, quando se indicou que as pessoas situadas nos estratos de renda mais elevada possuem menos cáries do que as situadas na base da pirâmide socioeconômica (PINTO, 1997).

A condição social tem sido enfatizada nas últimas décadas como importante determinante das condições de saúde bucal (NADANOVSKY, 2000).

A Segunda Conferência Nacional de Saúde Bucal e Ministério da Saúde enfatizam que a educação em saúde deve ser desenvolvida nos espaços sociais (centros comunitários, igrejas, associações de moradores, escolas, dentre outros) expandindo atividades para além das paredes da unidade, característica importante da Estratégia de Saúde da Família. A Organização Mundial de Saúde (OMS) evidencia a integração da saúde oral com saúde geral, buscando relacionar as atividades de saúde bucal às políticas públicas e aos programas de saúde já existentes. Enfoca também, que o envolvimento da comunidade e as melhorias no conhecimento em saúde (informações úteis de prevenção e promoção) atingem a família, especialmente os pais que são responsáveis pelo cuidado da saúde bucal das crianças de zero a cinco anos (ALMEIDA; FERREIRA, 2008).

Os fatores socioeconômicos têm recebido considerável atenção na literatura científica, como fator de risco à saúde. De acordo com Pereira (2004):

[...] a associação entre renda, por exemplo, é muito nítida, tanto em nível individual quanto no coletivo. Nas famílias de menor renda, especialmente nos países do terceiro mundo, encontra-se uma alta frequência de desnutrição, doenças sexualmente transmissíveis e condições ambientais deficientes (PEREIRA, 2004 *apud* FEITOSA, 2004, p.605).

Na literatura odontológica, a associação entre nível socioeconômico e cárie dentária está amplamente estabelecida. É um problema socioeconômico comportamental que afeta crianças em idade precoce e que, se não for interceptado no início da infância poderá comprometer a saúde bucal em idades mais avançadas e, conseqüentemente, a qualidade de vida do indivíduo (GRADELLA, 2007).

A magnitude e gravidade da cárie dentária em dentes decíduos constituem-se ainda em um grave problema de saúde e necessita receber atenção especial, sendo que um dos maiores agravantes deste problema é que nas últimas décadas:

[...] O consumo de açúcar em sociedades emergentes tem sido crescente. A substituição dos produtos locais por alimentos manufaturados, particularmente com alto conteúdo de açúcar, tem sido acompanhada por um aumento de cárie dental. A frequência do consumo de açúcar é um importante fator na etiologia da cárie e o consumo de alimentos adoçados é influenciado por uma variedade de fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais (TOMITA, 1999, p.543).

Segundo Motta e Boog (1987), o comportamento alimentar tem suas raízes fixadas geralmente na infância através da família sustentadas pela tradição, crenças valores e tabus que passam através das gerações e se arraigam profundamente no indivíduo. No entanto esse comportamento pode ser alterado devido a mudanças espontâneas do meio, tais como o poder aquisitivo, a disponibilidade do alimento, importância social dos alimentos, nível de escolaridade do consumidor e necessidades psicológicas dos indivíduos.

De acordo com os dados do SB Brasil (2003), para a região nordeste e nacional, aos cinco anos de idade, a média de dentes cariados configurou 90,65% e 82,14%, respectivamente. Fato confirmado pelo SB Brasil (2010) que apresentou dados afirmando que a cárie dentária continua sendo o principal problema de saúde bucal dos brasileiros. Mas a situação melhorou entre 2003 e 2010. Na idade de 12 anos, utilizada mundialmente para avaliar a situação em crianças, a doença atingia 69% da população em 2003. Essa porcentagem diminuiu para 56% em 2010. Esse declínio, de 13 pontos percentuais, corresponde a uma diminuição de 19% na prevalência da enfermidade. O número médio de dentes atacados por cárie também diminuiu nas crianças: era 2,8 em 2003 e caiu para 2,1 em 2010 – uma redução de 25%. Em termos absolutos, considerando a população brasileira em 2010, essas reduções indicam que, no período considerado, cerca de um milhão e 600 mil dentes permanentes deixaram de ser afetados pela cárie em crianças de 12 anos em todo o país.

Em adolescentes, a redução do número de dentes que foram poupados do ataque de cárie, em relação a 2003, chegou a aproximadamente 18 milhões. As necessidades de próteses dentais por adolescentes reduziram-se. Entre os adultos o destaque cabe a uma importantíssima inversão de tendência: as extrações de dentes vêm cedendo espaço aos tratamentos restauradores.

Ainda de acordo com o SB (2010) foram analisadas 12.117 crianças na faixa etária de 18 a 36 meses e foi verificado que 27% das mesmas apresentaram pelo menos um dente decíduo com cárie dentária. Em média, uma criança brasileira de cinco anos, já possui pelo menos três dentes cariados, ou ainda, levando-se em consideração a prevalência de cárie, 60% das crianças de cinco anos de idade tem pelo menos um dente com experiência de cárie.

A cárie dentária é o mal que mais acomete a cavidade bucal de crianças independente da idade. Fejerskov e Kidd (2006) descreveram a cárie dentária como uma doença que se manifesta lentamente e que, por não ser autolimitante, pode progredir até que o dente seja totalmente destruído. A característica dessa doença é a destruição das estruturas mineralizadas dos dentes (MALTZ, 2000).

5.3 Determinantes Socioeconômicos em São Sebastião do Rio Preto que podem estar associados à prevalência de Cárie Dentária

➤ ECONOMIA

A economia do município mostra-se muito dependente do fundo de participação, destinado à prefeitura municipal, impostos arrecadados e ajudas vindas de programas federais e estaduais. Além destas fontes de arrecadação observa-se, ainda, a contribuição de atividades agropecuárias tais como: a criação de gado de corte e a produção de leite. Destacam-se também, pequenas indústrias de aguardente e laticínios.

As demais atividades concentram-se no comércio, sejam elas de alimentos, vestuários, medicamentos e outros. Para uma melhor visualização

destas atividades, pode-se observar o quadro III, onde mostra que o bar é o comércio existente em maior quantidade no município.

Como o nível de especialização profissional é reduzido, então a maioria dos trabalhadores é caracterizada como braçais e estes fazem, a maior parte, os servidores da prefeitura municipal.

Segundo dados do IBGE há 18 empresas em 2007, sendo o número de pessoal empregado igual a 196, salário médio mensal de 1,4 salários mínimos. E o PIB per capita, em 2007, foi de 4.383 (segundo o IBGE).

As principais entidades comunitárias são: São Vicente de Paula, que procura ajudar socialmente pessoas em risco social; Sindicato dos produtores Rurais; Conselho Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Assistência Social e Conselho Municipal de Educação.

➤ **EDUCAÇÃO:**

Em São Sebastião do Rio Preto existem quatro escolas municipais de ensino fundamental (exclusivamente), onde uma delas se localiza na área rural. E existe uma escola estadual de ensino fundamental e ensino médio sendo localizada na zona urbana.

Segundo IBGE, em 2008, o número de matrículas foi de 331, sendo 114 crianças na rede municipal.

Analisando os dados acima, percebe-se que os jovens estão, na sua grande maioria, alfabetizados, o que difere dos números relativos aos idosos acima de 60 anos que apresentam alta porcentagem de analfabetismo.

Não há creche na cidade, o que dificulta o acesso das mães de filhos menores de quatro anos ao emprego. Ainda há uma evasão escolar, principalmente no ensino médio, onde os jovens deixam a escola, em sua maioria, para trabalhar em outras cidades vizinhas.

➤ **ABASTECIMENTO DE ÁGUA**

O serviço de abastecimento de água do município está sob responsabilidade da prefeitura.

Hoje, o abastecimento chega a atender 170 residências na área urbana, o que corresponde à 41,36% das residências do município. Já na área rural, temos 241 domicílios, destes 58,92% tem água fornecida através de poço artesiano ou nascente e o restante 41,08% dos domicílios tem outra forma de abastecimento .

➤ **ESGOTAMENTO SANITÁRIO**

Somente 12,65% das residências do município têm canalização para escoamento da rede de esgoto. Vale lembrar que o município não tem rede de tratamento de esgoto, sendo os dejetos lançados nos córregos e rios da região e, como consequência, temos a proliferação de doenças transmitidas pela água contaminada. Tem-se também um reflexo imediato em atividades que poderiam ser exploradas com maior intensidade, principalmente, o ecoturismo.

A falta de saneamento no município contribui para o alto índice de parasitoses e outras doenças na população. Medidas preventivas e educacionais são executadas pela equipe do PSF com a população local pra tentar minimizar o problema, mas contudo, o índice de parasitose continua como um dos principais indicadores de morbidade na população.

➤ **COLETA DE LIXO**

A coleta de lixo é realizada apenas na área urbana, cobrindo 100% dos domicílios urbanos. Ela é feita através de um caminhão e o lixo é jogado no aterro sanitário sendo enterrado em valas sépticas. Na zona rural a população lança o lixo nos quintais, e estes, na sua maioria são queimados.

➤ TRANSPORTE

O transporte é realizado, dentro do município, por dois ônibus e duas Kombi que realizam o transporte dos alunos e população em geral, da área rural para a área urbana, gratuitamente. Há um ônibus que leva os estudantes universitários para outro município todos os dias da semana no período noturno. A viação SARITUR realiza viagens, diariamente, com um horário de ida e volta para o município vizinho Morro do Pilar, há um horário de ida e volta diário para Belo Horizonte e dois horários de ida e volta diários para Itabira.

➤ HABITAÇÃO

De acordo com o cadastramento do PSF, que hoje cobre 100% do município, a grande maioria das casas é de tijolo ou adobe e a menor parte delas está dividida entre “taipa revestida”, “taipa não revestida” e outros.

Hoje, em São Sebastião do Rio Preto, 357 domicílios possuem iluminação elétrica, o que corresponde a 86,86% do total de domicílios da cidade.

➤ MEIO AMBIENTE

O município apresenta paisagens bem diversificadas, com relevo formado por pequenos picos ondulados, onde se mesclam serras e vales, tendo como limite natural, na sua fronteira oeste, a Serra do Cipó. Os rios de peixe e preto são seus principais cursos d'água. Os pontos de beleza natural e atração para os visitantes são as várias cachoeiras existentes no município.

Tais dados mostram que o município de São Sebastião do Rio Preto ainda enfrenta problemas socioeconômicos que podem ter relação direta com as principais doenças de ordem pública que acometem a população do município. Além do IBGE, os dados aqui apresentados foram coletados em um diagnóstico situacional realizado pela autora em 2012 como parte integrante do módulo Planejamento em Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) da UFMG.

Em relação à saúde bucal, a maior parte das crianças de zero a cinco anos com cárie dentária, residem em localidades que ainda não possuem tratamento de água e esgoto, e a maioria, vem de famílias com baixo poder aquisitivo, leigas ainda de muitas instruções relacionadas à prevenção e promoção de saúde. O fato de muitas famílias produzirem o seu próprio alimento na zona rural do município pode propiciar um elevado e frequente consumo de açúcar e, assim, levar a uma alta prevalência de cárie dentária em crianças de zero a cinco anos de idade.

O município de São Sebastião do Rio Preto conta apenas com uma cirurgiã-dentista, que é responsável por todas as atividades relacionadas à saúde bucal, tanto na parte preventiva quanto na parte curativa. É ela que participa de todas as ações de prevenção, tratamento e promoção de saúde bucal, além de ser responsável por todas as questões burocráticas tais como: monitoramento de ações em saúde bucal e metas a serem cumpridas pelo município para se conseguir verbas públicas estaduais e federais.

O município não possui ainda nenhum dado relacionado à saúde bucal, temos um CPO-D em andamento, mas nada concreto até o presente momento. A realidade enfrentada na saúde bucal é observada apenas pela alta prevalência de cárie dentária em crianças de zero a cinco anos, que comparecem no atendimento clínico da unidade e nas ações de prevenção em saúde bucal realizadas nas escolas do município.

Acredita-se que a experiência da cárie apresentada nas crianças atendidas na unidade básica de saúde pode estar associada às condições de vida da população e a necessidade de mais profissionais na odontologia do município. O frequente consumo de açúcar (muitas vezes mais acessível à população), a falta de água tratada, esgoto a céu aberto e as condições precárias de higiene e saneamento associados às condições de saúde da população, são dificuldades que são enfrentadas pela população e pela equipe de saúde, inclusive pela equipe de saúde bucal.

5.4 Questões nutricionais, Açúcar e Cárie Dentária

A alimentação exerce um importante papel tanto na saúde geral como na saúde bucal dos indivíduos, devendo ser realizada de modo adequado ao longo da vida. Já a nutrição envolve um conjunto de processos que vão desde a ingestão de alimentos até a sua assimilação pelas células. Substâncias nutritivas são convertidas em energia útil, calor e trabalho de síntese de novos compostos vitais para a estruturação das funções celulares, que visam a construção e destruição dos tecidos. Assim as células formativas do órgão dental requerem energia e nutrientes para a sua fisiologia normal. Existem vários trabalhos que relatam os efeitos sistêmicos de uma inadequada nutrição sobre a erupção e desenvolvimento dentário. (BATISTA *et al.*, 2007; GUIMARÃES *et al.*, 2002; VANTINE *et al.*, 2007; MENOLI, 2003).

As deficiências nutricionais que ocorrem durante o período de desenvolvimento dos dentes podem influenciar a suscetibilidade à cárie dentária por três prováveis mecanismos: defeitos na formação dentária (odontogênese), retardo na erupção dos dentes e alterações das glândulas salivares (BATISTA; MOREIRA; CORSO, 2007).

Estudos experimentais suportam a hipótese de que em seres humanos, os distúrbios da nutrição têm um efeito significativo na formação dental, devido à interferência no desenvolvimento celular, resultando em um esmalte hipoplásico, estrutura esta mais suscetível à cárie (FERRINI *et al.*, 2007; GONÇALVES; FERREIRA, 2000; RIBAS *et al.*, 2004). Com relação a erupção dentária, Vantine *et al.* (2007), relataram que os fatores nutricionais podem atuar nos dentes alterando a sequência ou mesmo a cronologia de erupção, modificando assim o momento em que estes surgem na boca.

Crianças prematuras podem apresentar defeitos no esmalte dentário causados por diferentes carências durante a gravidez. O baixo peso maternal, com o risco de desenvolver hipocalcemia, a qual está relacionada ao aparecimento de defeitos no esmalte. Caixete e Corrêa (2005), em estudo, analisou 100 crianças prematuras entre seis meses a um ano de idade. Das 100 crianças analisadas, 35% apresentaram algum tipo de defeito no esmalte dentário

e os mais frequentes foram relacionados à má nutrição de cálcio e os mesmos apareceram em 51,43% com peso muito baixo e 14% com peso normal.

Outros defeitos no esmalte dentário podem ocorrer em áreas de moderado a altos níveis de ingestão de flúor. A Fluorose endêmica é um distúrbio do desenvolvimento dental, relacionado ao excesso na ingestão de flúor durante estágios críticos do desenvolvimento dental. É caracterizada pelo aspecto opaco do esmalte, o qual é branco na forma mais branda e de amarelo a marrom nas formas mais graves. O grau de pigmentação do esmalte é amplamente dependente da quantidade de flúor ingerida (GONÇALVES; FERREIRA, 2000).

O difícil acesso a serviços de saúde para receber orientações bem como a alimentação de má qualidade afetam diretamente e/ou indiretamente o desenvolvimento e maturação dos tecidos, inclusive o esmalte dentário. No presente estudo, o fator nutricional também exerce uma forte influência no desenvolvimento de alterações do esmalte, que leva ao comprometimento dos ameloblastos, nos casos de desnutrição generalizada. Crianças prematuras e com baixo peso ao nascer apresentam uma má formação do esmalte dentário e do palato, assim como um atraso no crescimento e desenvolvimento das dentições decíduas e permanentes, predispondo os dentes à cárie dentária e presença de má oclusão (FERRINI, 2007).

5.5 Odontologia para Crianças

A cárie dentária é considerada um problema de saúde pública, devido ao seu impacto na qualidade de vida das pessoas. Essa pode ter o seu avanço limitado se detectada e tratada precocemente. Um dos agentes do controle da cárie que tem se mostrado eficaz na redução de sua incidência é o Diamino Fluoreto de Prata (DEP). Verificou-se que o DEP pelas suas propriedades preventivas e cariostáticas, tem um desempenho clínico satisfatório sendo ainda considerado um método eficiente no controle da doença. Diante dos dados observados, pode-se concluir que o Diamino Fluoreto de Prata surge como uma

opção viável de controle da cárie nos serviços públicos de saúde principalmente quando as condições de tratamento são limitadas. É necessária divulgação da técnica e estímulo aos profissionais empenhados nos serviços de saúde (MARTINS; VASCONCELOS; MASSONI, 2010).

Segundo Sant'Anna *et al.*(2002), os pacientes bebês até os 3 anos de idade que comparecem ao consultório para uma consulta de rotina, para tratamento de cárie, traumatismo dental ou presença de lesões de tecido mole aumentaram muito nesses últimos anos, apesar de serem poucos os profissionais que tem se dedicado ao tratamento preventivo e curativo deste grupo de pacientes.

Trabalhar com a criança de modo a permitir-lhe vivenciar a segurança e confiança na relação com profissional de saúde e estabelecer com ela uma das primeiras relações fora do ambiente do lar, exercendo uma função materno, é um dos principais objetivos da odontopediatria moderna. Como não há duas crianças idênticas, aquele que se propõe a cuidar delas, deve ter uma relação viva e individual, pois não basta a aplicação de conhecimentos teóricos e técnicos. É necessário que o "cuidar-curar" seja uma integração eficaz e saudável entre a criança e o profissional (OLIVEIRA, 2003).

Em 1971, surge uma evolução na odontologia no que tange a odontopediatria relacionando-se ao novo material translúcido o cimento ionômico de vidro no qual representava uma evolução do cimento silicato com propriedades importantes como adesividade ao esmalte e à dentina. Houve uma considerável melhoria para devolver a saúde oral das crianças em idade pré-escolar dentro da saúde pública (NUNES *et al.*, 2003).

A extração é o tratamento dentário mais usado em pessoas das áreas rurais, suburbanas e em países menos industrializados. Para melhorar essa situação, uma técnica de tratamento alternativo foi desenvolvida e fundamentada só na escavação de lesões cáries usando cimento de ionômico de vidro como material de preenchimento ou selante. Essa técnica, conhecida como Tratamento Restaurador Atraumático (ART), segue o princípio de intervenção mínima não requerendo o uso de equipamento odontológico. Tratamento alternativo para as crianças de zero a cinco anos usuárias do Sistema Único de Saúde (NUNES *et al.*, 2003).

A educação em saúde pode ser considerada como essencial à prevenção da saúde. A educação odontológica da mãe/responsável é fator determinante para futura saúde bucal da criança, mesmo porque a família serve de modelo para as crianças (VERAS *et al.*, 2003).

Portanto, fazer com que os pais tomem consciência do seu papel educativo com relação à higiene bucal dos seus filhos é o primeiro passo para obtenção de sucesso na construção de higiene oral. Além disso, é necessário que os pais tenham conhecimentos sobre amamentação natural e artificial e controle da ingestão de alimento nocivo aos dentes (CRUZ *et al.*, 2004). Desde a erupção dos primeiros dentes decíduos, é importante que as gengivas sejam massageadas e a cavidade limpa para que sejam removidos restos de alimentos que possam causar futuras cáries (CRUZ *et al.*, 2004).

É fundamental que a prevenção possa ser desenvolvida pelos pais ou responsáveis, passando a ocupar lugar de destaque na odontologia moderna no decorrer dos últimos anos, em razão da alta prevalência da cárie dentária que afeta prioritariamente, as crianças. A má higiene bucal das crianças tem sido atribuída à desinformação dos pais. Trabalhar a prevenção reduz a incidência de doenças, pois as pessoas estão menos expostas ao fator de risco da cárie. A tendência é dar ênfase ao atendimento precoce iniciado na terna infância. Desta forma, a família adota uma postura preventiva (GUISSO; GEIB, 2007).

5.6 Educação Permanente

O profissional de saúde deve sempre estar em formação, pois, o conhecimento muda a cada instante e, em função da mudança e da necessidade de inovação, é preciso atualizar-se continuamente para não se tornar obsoleto em conceitos e perspectivas. É preciso que o conhecimento seja transformado em ação; a teoria em prática aplicada à solução dos problemas, diagnosticando situações e propondo soluções criativas e inovadoras. Estas atitudes representam a maneira de liderar, motivar, comunicar e levar os projetos adiante (CHIAVENATO, 1997).

A Educação a Distância (EAD) vem sendo compreendida como:

Importante estratégia para a qualificação de recursos humanos no Brasil. Não obstante o reconhecimento do potencial da EAD como componente da Educação Permanente em Saúde (EPS) no Sistema Único de Saúde (SUS), ainda se trata de um tema pouco explorado na literatura especializada (PAIM, 2009, p.102).

Nessa perspectiva PAIM (2009) ainda considera que:

[...] a EAD apresenta-se como alternativa fundamental para a qualificação de recursos humanos, considerando – se como elemento diferencial a possibilidade de formação e qualificação de profissionais que estão no exercício de suas funções e distantes dos grandes centros formadores do país. Configura-se desta maneira, em um importante instrumento para a democratização do acesso à educação especialmente quando se entende que a rede de computadores conectados a internet pode constituir-se em um espaço privilegiado de acesso, busca e compartilhamento de informações e conhecimentos, com base nas necessidades e disponibilidade dos diversos indivíduos (PAIM, 2009, p. 95).

A educação está sempre presente quando os indivíduos se desenvolvem e se aperfeiçoam. Percebemos que em todas as práticas sociais que necessariamente supõem relação entre pessoas e relação das pessoas com o mundo que o cerca, há uma busca de aperfeiçoamento pessoal e coletivo, Uma busca de transformação, portanto uma prática educativa (OLIVEIRA, 2007).

A educação é o processo pelo o qual a sociedade atua constantemente sobre o desenvolvimento do indivíduo, no intuito de integrá-lo ao modo de ser vivente. É um processo político situado no tempo e no espaço. Um verdadeiro processo de educação não pode ser estabelecido se não através de uma análise das necessidades reais de determinada população (TAVARES, 2006).

Desse modo percebe-se a educação como um processo dinâmico e contínuo de construção do conhecimento, por intermédio do desenvolvimento do pensamento livre e da consciência crítico reflexiva, e que, pelas relações humanas, leva á criação de compromisso pessoal e profissional, capacitando para a transformação da realidade (PASCHOAL, 2007).

A proposta de educação permanente em saúde foi lançada pela organização Pan Americana da saúde nos anos 80, com a finalidade de reconceituar e reorientar os processos de capacitação dos trabalhadores dos serviços de saúde. Esta proposta toma como eixo de aprendizagem, o trabalho executado no cotidiano dos serviços, organizando-se como processo permanente, de natureza participativa e multiprofissional (PEDUZZI, 2009).

A política de Educação Permanente em Saúde (EPS), lançada pelo ministério da saúde através da portaria 198, de fevereiro de 2004, possibilita a identificação das necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores da área de saúde e a construção de estratégias e processos que qualifiquem a atenção e gestão em saúde, fortalecendo o controle social com o objetivo de produzir um impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva da população (BRASIL, 2004).

No Brasil, recentemente, a educação permanente em saúde, foi oficialmente considerada uma estratégia capaz de trazer para a arena da formação e do desenvolvimento de profissionais de saúde abordagens metodológicas dialógicas e democráticas. A busca do conhecimento por parte dos profissionais ocorre a partir da identificação e da necessidade de resolução de problemas vivenciados no processo de trabalho. Pressupõe avaliação dos resultados alcançados (VASCONCELOS, 2009).

A proposta da EPS parte do que é no trabalho que o sujeito põe em prática a capacidade de autoavaliação, de investigação, de trabalho colaborativo em equipe, de identificação da necessidade de conhecimentos complementares. Considera ainda que, é no cotidiano que o trabalhador formula temas para os quais necessita de aperfeiçoamento ou atualização, em uma perspectiva de transformação do seu saber e do seu fazer. E, na mesma lógica, pressupõe ações articuladas com os níveis de gestão e as instituições formadoras de recursos humanos. Isto é, reconhece que EPS é um processo contínuo de reflexão sobre a organização, as ações e os resultados do processo de trabalho que deve resultar em transformação da realidade do trabalho e da saúde da população (VASCONCELOS, 2009).

Assim concebida, a EPS reconhece o caráter educativo do próprio trabalho que passa a ser compreendido não apenas em seu sentido instrumental

da produção de resultados, da ação dirigida a um dado fim já definido *a priori*, mas também como espaço da problematização, reflexão, diálogo e construção de consensos por meio dos quais se torna possível promover mudanças e transformações na perspectiva na integralidade da saúde (PEDUZZI, 2009).

O Ministério da Saúde tem se preocupado com a educação permanente como meio de transformar as práticas educativas da formação, da atenção, da gestão, de formação de políticas, de participação popular, e de controle social no setor de saúde. Desta forma acredita-se que a educação permanente pode ser realizada à partir dos problemas identificados na vivência dos profissionais, tendo em sua bagagem os conhecimentos já existentes, porém não são aplicados nas suas práticas. As possibilidades de inovação e mudanças de concepções e práticas de saúde dentro das organizações dependem da ruptura com a alienação do trabalho do trabalho, do resgate da possibilidade de produzir conhecimento a partir das práticas e da democratização da gestão dos processos de trabalho (OLIVEIRA, 2007).

De acordo com o Ministério da saúde (2000), a educação permanente é um importante mecanismo no desenvolvimento da própria concepção de equipe e de vinculação dos profissionais com a população, além de possibilitar o aperfeiçoamento profissional – que caracteriza e fundamenta todo o trabalho do PSF.

Segundo o Ministério da Saúde (2000):

As atividades de educação em saúde podem lançar mão de inúmeras técnicas de trabalhos criativos, de palestras a campanhas, oficinas teatros, mamulengos, vídeos, literatura de cordeo, feiras, caravanas, vivências, gincanas, contadores de histórias, mutirões, passeatas, programas de rádio, grupos de alto ajuda, trabalhos corporais, capoeira, grupos de caminhadas entre outros. O importante é a utilização de elementos da cultura local para mobilizar e sensibilizar as comunidades sobre cuidados de saúde e situações que interferem nas suas condições de saúde, à exemplo de saneamento básico, problema de drogas , alcoolismo, necessidades de mudanças de hábitos, prática de exercícios dentre outros (BRASIL, 2000).

Compreende-se a educação permanente como primeiro passo para a amenização das condições atuais do trabalho nos serviços de saúde, através do distanciamento do modelo institucional desgastante, por um local promotor de

satisfação, desenvolvimento e capacitação pessoal. A educação permanente consiste no desenvolvimento, e capacitação pessoal. Devido a situação problemática que se encontra a saúde da população brasileira, a criação e adoção de políticas públicas educativas que contribuam positivamente para a promoção de saúde e geradoras de condições que colaborem para o trabalho em equipe entre professores, alunos, profissionais, gestores e comunidade, com vistas ao bem estar individual e coletivo, são indispensáveis no contexto atual (AMESTOY, 2010).

6 DISCUSSÃO

Para Peres (2001) a cárie dentária nada mais é do que a combinação de vários fatores (microbiota, bactéria, indivíduos e dieta), que afeta diretamente de várias maneiras a saúde do ser humano. Já Souza e Viera (2010) consideram a cárie como uma doença pós-eruptiva, transmissível, influenciada pela dieta e que é, quase sempre, caracterizada por uma destruição progressiva centrípeta dos tecidos mineralizados dos dentes. Para Souza, Martins e Vasconcelos (2010) a cárie é considerada um problema de saúde pública devido ao seu impacto na qualidade de vida das pessoas; e que, pode ter seu avanço limitado se detectada e tratada precocemente.

O desconhecimento dos pais sobre a etiologia da cárie foi comprovado como sendo fator comum nas famílias com crianças com cárie (FEITOSA; COLARES, 2003; FILHO *et al.*, 2003; GUISSO; GEIB, 2007; SOUSA; VIERA, 2007). Desta forma é consenso que os cuidados com a saúde bucal estão diretamente relacionados aos níveis de instrução e renda dos indivíduos já que o fator socioeconômico pode interferir no acesso à informação especialmente da mãe, maior responsável pelo cuidado das crianças; uma vez que o comportamento humano se baseia nas atitudes tomadas pela classe a que pertence (THEODORO *et al.*, 2007). Vale salientar que vários autores têm atribuído a influência do avanço tecnológico na redução da cárie (MARTINS; VASCONCELOS; MASSONI, 2010). Para Gradella (2007), a associação entre nível socioeconômico e cárie dentária está amplamente estabelecida. É um problema socioeconômico comportamental que afeta crianças em idade precoce e que, se não for interceptado no início da infância, poderá comprometer a saúde bucal em idades mais avançadas, e conseqüentemente, a qualidade de vida do indivíduo.

Souza e Viera (2007) afirmaram que diversos fatores podem influenciar potencializando ou amenizando, a ocorrência de cárie como dieta, acesso ao flúor e velocidade de secreção salivar. Relacionado à dieta, o consumo de alimentos ricos em açúcar, como refrigerantes, balas, chicletes e hábitos presentes na rotina de vida da maioria das crianças é um fator preponderante. Da

mesma forma, Filho, Carvalho e Martins (2010) observaram a influência do consumo de alimentos ricos em açúcares extrínsecos como fator determinante na incidência de cárie. Tomita (1999) também considera que um dos maiores agravantes da cárie em dentes decíduos é que o consumo de açúcar em sociedades emergentes tem sido crescente. A substituição dos produtos locais por alimentos manufaturados, particularmente com alto conteúdo de açúcar, tem sido acompanhada por um aumento de cárie dental.

Motta e Boog (1987) observaram que o comportamento alimentar tem suas raízes fixadas geralmente na infância através da família, sustentadas pela tradição, crenças, valores e tabus que passam através das gerações e se arraigam profundamente no indivíduo. Batista *et al.* (2007), Guimarães *et al.* (2002) e Menoli (2003) consideram que a alimentação exerce um importante papel tanto na saúde geral como na saúde bucal dos indivíduos, devendo ser realizada de modo adequado ao longo da vida. Já a nutrição envolve um conjunto de processos que vão desde a ingestão de alimentos até sua assimilação pelas células. Para Batista, Moreira e Corso (2007) as deficiências nutricionais que ocorrem durante o período de desenvolvimento dos dentes podem influenciar a suscetibilidade à cárie dentária por três prováveis mecanismos: defeitos na formação dentária (odontogênese), retardo na erupção dos dentes e alterações nas glândulas salivares.

Já Granville e Garcia (2010) analisaram a prevalência de cárie dentária e gengivite e sua relação com hábitos de higiene bucal em crianças de zero a cinco anos, detectando associação direta das doenças citadas com a faixa etária, orientação prévia e frequência da higiene bucal. Filho *et al.* (2003) constataram a relação da dieta da cárie de mamadeira com hábitos de alimentação noturna e não higienização da cavidade bucal dos filhos após o uso da mamadeira pelo fato de não existir uma inter-relação entre os profissionais odontopediátricos, pediatras e a comunidade, em um trabalho de informação. Uma boa proposta vista pelos autores Nunes *et al.* (2003) e bem aceita pelos profissionais da odontologia é a utilização do Tratamento Restaurador Atraumático, evitando exodontias desnecessárias em crianças de áreas rurais. Esta técnica consiste na remoção de tecido cariado por meio de instrumento manual e restaurar a cavidade com cimento ionômico de vidro quimicamente

ativado. Vasconcelos e Massoni (2010) acreditam que o Diamino Fluoreto de Prata (DFP), surge como uma opção viável de controle da cárie nos serviços públicos de saúde, principalmente quando as condições de tratamento são limitadas. Ele diminui a produção ácida dos microrganismos, reduz a população de *Streptococcus mutans* e torna o esmalte mais resistente. Já Oliveira (2003) diz que trabalhar com a criança de modo a permitir-lhe vivenciar a segurança e confiança na relação com o profissional de saúde e estabelecer com ele uma das primeiras relações fora do ambiente do lar, crescendo uma função materno-parental, é um dos principais objetivos da odontopediatria moderna. Como último recurso na dificuldade de trabalhar com crianças, a adoção de estratégia como anestesia geral em crianças pouco colaboradoras têm sido utilizado para redução e tratamento da cárie de acordo com Bengson *et al.* (2006). Observando os princípios que regem o SUS, a Atenção Primária a Saúde proporciona cuidados bucais e informações odontológicas através da ESB, que contribuem significativamente para a promoção de bons hábitos de higiene bucal, refletindo diretamente na redução de incidência de cárie (GUISSO; GEIB, 2007).

Chiavenato (2007) considera que o profissional de saúde deve sempre estar em formação, pois, o conhecimento muda a cada instante e, em função da mudança e da necessidade de inovação, é preciso atualizar – se continuamente para não se tornar obsoleto em conceitos e perspectivas. Por outro lado, Paim (2009), diz que a EAD apresenta-se como alternativa fundamental para a qualificação de recursos humanos, considerando-se como elemento diferencial à possibilidade de formação e qualificação de profissionais que estão no exercício de suas funções e distantes dos grandes centros de formação do país. Oliveira (2007) diz que a educação está sempre presente quando os indivíduos se desenvolvem e se aperfeiçoam, e, para Tavares (2006) a educação é o processo pelo qual a sociedade atua constantemente sobre o desenvolvimento do indivíduo, no intuito de integrá-lo ao modo de ser vivente. É um processo político situado no tempo e no espaço. Um verdadeiro processo de educação não pode ser estabelecido senão através de uma análise das necessidades reais de determinada população.

Peduzzi (2009) afirmou que a educação permanente em saúde foi lançada pela organização Pan Americana de Saúde nos anos 80, com a

finalidade de reconceituar e reorientar os processos de capacitação dos trabalhadores dos serviços de saúde. Vasconcelos (2009) vê que a educação permanente em saúde, foi oficialmente considerada uma estratégia capaz de trazer para a arena de formação e do desenvolvimento de profissionais de saúde, abordagens metodológicas, dialógicas e democráticas. Que a busca do conhecimento por parte dos profissionais ocorre a partir da identificação e da necessidade de resolução de problemas vivenciados no processo de trabalho.

No município de São Sebastião do Rio Preto, segundo as informações encontradas no diagnóstico situacional realizado em 2012, a população e a equipe de saúde ainda enfrentam muitas dificuldades e problemas, que estão, de alguma forma, relacionados com a alta frequência de lesões de cárie dentária em crianças de zero a cinco anos identificadas no atendimento destas crianças na unidade básica de saúde. O fato do município ainda não possuir tratamento de água e esgoto pode ter relação esse quadro da doença cárie e de outras doenças, pois a maior parte da população está exposta às condições de risco social incluindo condições inadequadas de moradia, alimentação e higiene.

O município está localizado em uma região favorável do estado de Minas Gerais, fica entre vales e montanhas e a comunidade tem a vantagem de poder produzir seu próprio alimento. Sem mencionar que falta recursos para que a equipe de saúde possa intervir, de forma eficaz, nesta população de maneira à instruí-la melhor em relação às doenças que podem acometê-las e também buscar solução para os problemas de ordem pública junto aos gestores municipais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Houve um grande avanço na oferta de tratamento odontológico pelo sistema Único de Saúde (SUS). O Programa de Saúde da Família tem buscado a atenção à saúde por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível da atenção, visando promover a saúde e desenvolvendo novas formas de prevenção e tratamento dos agravos a saúde.

Em saúde bucal, os profissionais buscam consolidar um novo modelo de atendimento, rompendo com os modelos vigentes e buscando desenvolver novos métodos, que visam não só procedimentos curativos/mutiladores, mas, buscando novas formas de promover a saúde da população infantil escolar.

A odontologia inserida na ESF, a Educação Permanente em Saúde e um maior conhecimento da população adscrita à área trabalhada, permitem um atendimento de maior qualidade, que engloba não só o tratamento, mas a prevenção e a promoção de saúde bucal.

Com base na revisão da literatura, concluiu-se que:

> Sugere-se que a alta frequência de lesões de cárie em crianças menores de cinco anos de idade, observada nas consultas realizadas na unidade básica de saúde da área de abrangência está relacionada à falta de informação dos pais, ao nível socioeconômico, ao elevado consumo de açúcar e ainda, ao pouco número de profissionais capacitados/especializados para resolver este tipo de problema. E nesta faixa etária, a responsabilidade educacional dos filhos é totalmente dos pais, mas muitos deles não fazem a orientação de higiene bucal das crianças nessa fase pré-escolar pela falta de informações necessárias.

> É importante que os profissionais de saúde busquem novos meios de levar mais informação referente aos cuidados relacionados à boa alimentação e higienização visando não só a saúde bucal, mas também, a saúde geral da população, ou seja, realizando prevenção e promoção em saúde;

➤ Aconselha-se promover a saúde bucal na primeira infância melhorando a comunicação entre profissionais e pais e enfatizando as consultas odontológicas de rotina e os procedimentos preventivos, podendo assim, diminuir a ocorrência de situações clínicas invasivas e dolorosas, as quais trazem medo e ansiedade para as crianças;

➤ Deve haver mais incentivo por parte dos gestores para a realização da Educação Permanente em Saúde para os profissionais afim de que os mesmos fiquem mais informados e atualizados em relação à sua área de trabalho, como melhorar sua eficácia na UBS e como atender melhor a população adscrita.

Com base neste estudo pude observar que, o município de São Sebastião do Rio Preto, onde trabalho há dois anos, apresenta vários tipos de problemas socioeconômicos que podem estar relacionados à ocorrência de várias doenças na população, inclusive a cárie em crianças de zero a cinco anos de idade. Tais problemas podem ser solucionados pela ação da equipe de saúde, pelos gestores e por influência da população. Estes problemas são sintetizados a seguir:

- **Falta de água tratada** – além das deficiências na saúde, muitas vezes, a falta de água tratada, traz outros tipos de problema para a população, como por exemplo, a falta de água limpa nos domicílios. Dentro da UBS, diariamente, temos muitos casos de pacientes com doenças causadas por microorganismos presentes na água que abastece a população.
- **Esgoto a céu aberto** – Não temos tratamento de esgoto e na maior parte do município, o esgoto é lançado em um rio onde a população se banha, lava roupas e utensílios domésticos.
- **Deficiência na coleta de lixo** – O lixo é levado para um lixão onde nas proximidades residem famílias e onde também existe criação de gado e animais domésticos: o que muitas vezes leva ao aparecimento de doenças.

- **Famílias com condições de moradias impróprias e com presença de fossas para detritos sanitários** – Ainda existem muitas famílias em casas de “pau a pique e barro” o que pode trazer vários tipos de complicações como casos de picadas por cobras e escorpiões, além de outras doenças transmitidas por animais que convivem dentro de casa com os moradores. Além desses problemas, as fossas poluem o meio ambiente e possivelmente, dependendo das condições em que são fabricadas, podem trazer mais complicações de saúde para essas famílias.

. Estes problemas podem ser solucionados pela mobilização da comunidade, em acordo com a equipe de saúde e demais grupos sociais, na construção de projetos para essa finalidade.

No decorrer do desenvolvimento deste trabalho e durante o curso (CEABSF) pude compreender a importância do trabalho em equipe e da relação dos profissionais de saúde com a população para solucionar problemas de ordem pública com eficácia.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. G.; FERREIRA, M. A. F. Saúde Bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção, orientadas ao indivíduo e ao coletivo. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 24, n. 9, RJ, Set., 2008.

AMESTOY, S. C. *et al.* Paralelo entre educação permanente em saúde e administração complexa. **Revista Gaúcha de Enfermagem [on line]**, v.31, n. 2, p.383-387, out. 2004.

BATISTA, L. R. V.; MOREIRA, E. A. M.; CORSO, A. C. T. Alimentação, condição bucal e estado nutricional da criança. **Ver. Nutr.**; Campinas. 20 (2): 191-196, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de Educação e desenvolvimento para o SUS: Caminhos para Educação Permanente em Saúde.** Brasília/DF, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política de Educação e desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde.** Polos de Educação Permanente em saúde. Departamento de gestão do trabalho e da Educação em Saúde; Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CARVALHO, V. A. *et al.* A dinâmica da equipe de saúde bucal no programa saúde da família. **Boletim da Saúde.** Porto Alegre. V.18, n.01, Jan/Jun., 2004.

CHIAVENATO, I. **Administração de recursos Humanos.** 2ª ed., V. 3, São Paulo: Atlas, 1997.

CRUZ, A. M. G. *et al.* Percepção materna sobre a higiene bucal de bebês: Um Estudo no Hospital Alcides Carneiro, Campina Grande/PB. **Pesquisa Brasileira De Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v.4, n. 3, p. 155-159, SET/DEZ, 2004.

DALVI, K. F.; MOTTA, A. R. Visão dos Médicos que atuam em Pediatria no Extremo Sul da Bahia em Relação aos Hábitos Morais Deletérios, **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiologia**, 12(4), 2007, p. 281-6.

FEITOSA, S.; COLARES, V. As repercussões da cárie precoce na infância na qualidade de vida de pré-escolares. **Rev. Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê** 2003; 6(34): 542-8.

FEJERSKOV, O.; KIDD, E. **Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico.** Santos: São Paulo, 2006.

FILHO, M. D. S.; CARVALHO G. D. F.; MARTINS, M. C. Consumo de alimentos ricos sem açúcar e cárie dentária em pré-escolares. **Arquivos em Odontologia.** v. 46, n. 03, Jul/Set ., 2010.

FEITOSA, S.; COLARES, V. Prevalência de cárie Dentária em Pré-escolares da rede pública de Recife, Pernambuco, Brasil, aos 4 anos de idade. **Caderno de saúde Pública Do Rio De Janeiro.** v. 20, n. 2, Abril/2004.

FERRINI, F. R. D.; MARBA, S. T. M., GAVÃO, M. B. D. Alterações bucais em crianças prematuras e com baixo peso ao nascer. **Rev. Paul. Pediatria.** (1): 66-71, 2007.

- FURLANI, P. A. **Influências dos aspectos sociais e culturais na prevalência da cárie dentária em escolares de Jaraguá do Sul**. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 1993.
- GOMES, D.; DA ROS, M. A. A Etiologia Da Cárie No Estilo De Pensamento De Ciência Odontológica. Departamento De Saúde Pública Universidade Federal De Santa Catarina, 2007. **Cien. Saúde Colet**, 2008, p. 61- 86.
- GONÇALVES, A. F. Defeitos hipoplásicos do esmalte dentário. **Rev. Odontol. Univ. Santo Amaro**, v. 5 (1), jan./jun., 2000
- GONÇALVES, A. F. Defeitos hipoplásicos do esmalte dentário. **Rev. Odontol. Univ. Santo Amaro**, v. 5 (1), jan./jun., 2000
- GUISSO, S. S.; GEIB, L. T. C. Conhecimento do médico pediatra acerca da promoção de saúde bucal na primeira infância em unidades básicas de saúde da família. **O Mundo da Saúde São Paulo**: Jul/Set, 2007.
- GRADELLA, C. M. F. *et al.* Epidemiologia da cárie dentária em crianças de 5 a 59 meses de idade no município de Macapá/AP. **Revista Gaúcha de Odontologia**. Porto Alegre, V. 55, n. 4, p.329-334, out./dez, 2007.
- GRANVILLE-GARCIA, J. H. *et al.* Cárie, Gengivite e higiene Bucal em Pré- Escolares. **Rev. Gaúcha Odontol.**, vol. 58, nº4, Porto Alegre, Out./2010.
- HANNA, L. M. O.; NOGUEIRA, A. J. S.; HONDA, V. Y. S. Percepção das gestantes sobre atenção odontológica precoce nos bebês. **RGO**, v. 55, nº 3, Porto Alegre, Jul-Set 2007, p. 271-274.
- JONES. C. M.; WORTINGHTON, H. Water fluoridaton and proverty and tooth decay in 12-year-old children. **Journal of Dentistry**, 28:389-393, 2000.
- LORETTO, N. R. M.; SEIXAS, Z. A.; JARDIM-BRITO, R. L, Cárie Dentária no Brasil: Alguns aspectos sociais, políticos e econômicos. **Revista da ABO Nacional**, v. 8: 46-49, 2000.
- MARTINS, C. G.; VASCONCELOS, F. M. N.; MASSONI, A. C. L. T. **Tratamento da cárie dentária na Saúde Pública através do uso do Diamino Fluoreto de Prata**. Disponível em <<http://www.ident.com.br/cassiogadelha/artigo/3265-tratamento-da-cárie-dentaria-na-saude-publica-atrav>> Acesso feito em 14/11/2011.
- MARCENES, W.; BONECKER, M. J. S. Aspectos Epidemiológicos e sociais das doenças bucais. *In*: BUISCHI, Y. P. (Org) **Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica**, p. 75-98, São Paulo: Artes Médicas, 2000.
- MARTINS. M. D.; ARAUJO, R. G. D; VELOSO, N. F. Avaliação das necessidades de tratamento odontológico de crianças de baixa renda. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê**, v. 2: 132-136, 1999.
- MASSONI, A. C. L. T.; FORTE, F. D. S.; SAMPAIO, F. C. Percepção dos pais e responsáveis sobre promoção de saúde bucal. **Revista de odontologia UNESP**, v. 34, n.4, 2005, p.193-97.
- MELO, P.; TEIXEIRA, L.; DOMINGUES, J. A importância do Despiste Precoce de cárie dentária. **Rev. Port/Clin Geral**. v. 22: n. 4, 2006, p. 357-66.
- MALTZ, M. Cárie Dental: fatores relacionados. *In*: PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**. 4. Ed. São Paulo: Santos, 2000.p. 319-339.

- NUNES, L. M. *et al.* Avaliação Clínica do Tratamento Restaurador Atraumático (ART) em Crianças Assentadas do Movimento sem Terra Ver. **Fac. Odontol. Lins**, Piracicaba, v. 15, n. 1, p. 23-31, 2003. 2
- NADANOVSKY, P., 2000. O declínio da cárie. In: *Saúde Bucal Coletiva* (V. G. Pinto, org.), pp. 341-351, São Paulo: Editora Santos.
- OLIVEIRA, F. C. M. **Contribuições da Psicanálise à Odontopediatria**. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=3542003>> Acesso em 14/11/2011.
- OLIVEIRA, M. M. T.; COLARES, V.; CAMPIONI, A. Ansiedades, Dor e Desconforto Relacionado à Saúde Bucal em Crianças Menores de 5 Anos Odontologia. **Clin. Cientif. Recife**, v. 8, n. 1: Jan/Mar, p. 47-52, 2009.
- PAIM, M. C.; GUIMARÃES, J. M. M. Relato de experiência, importância da formação de docentes em EAD no processo de educação permanente para trabalhadores do SUS na Bahia; **Revista baiana de saúde pública/ Secretaria de saúde do Estado da Bahia**, v.33, n. 1, p. 94-103; jan/mar, 2000.
- PASCHOAL, A. S. *et al.* Percepção da educação permanente, continuada e em serviços para enfermeiros de um hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.41, n. 3. p.478-484, set. 2007.
- PEDUZZI, M. *et al.* Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária. Concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de unidades de saúde em São Paulo. **Revista Interface – Comunicação, saúde, educação (Botucatu)**. v.13, n. 30, p.314-320, set. 2009.
- PERES, M. A. *et al.* Determinantes sociais e biológicos da cárie dentária em crianças de 6 anos de idade : um estudo transversal aninhado numa coorte de nascidos vivos no sul do Brasil. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, V.6, n. 4, p.293-306, 2003.
- PINTO, V. G., 1997. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: *Promoção de Saúde Bucal* (L. Kriger, org.), pp. 24-41, São Paulo: Artes Médicas.
- RAMOS, F. B.; FONSECA, L. L. V. Hábitos dietéticos em odontologia. **Revista brasileira das ciências estomatológicas**, v.1, p.36-41, 1996.
- SLAVULTZKY, S. M. B.; SCARPINI, C. Ação anticariogênica dos bochechos com “stévia”. **Revista gaúcha de odontologia**, Porto Alegre, v.42, n.5, p.251-253; set/out, 1994.
- SOUSA, S. M. S; VIEIRA, S. C. M. Prevalência da cárie Severa, em pré-escolares e necessidade de tratamento-Projeto Piloto. **Odontologia. Clin. Cientif. Recife**, v. 6, n. 1: Jan/Mar, p. 65-70, 2007.
- SANT’ANNA, G. R.; GUARÉ, R. O.; CORRÊA, M. S. N. P.; WANDERLEY, M. T. Clínica na primeira infância: tratamento preventivo, curativo e reabilitador. **J. Bras. Odontop. Odontol. Bebê**, v. 5, n. 23, jan./fev., 2002.
- SOUSA, J. M.; FRACASSO, M. L. C. Comportamento Materno versus temperamento da Criança: Influência do Padrão de Saúde Bucal. **Pesquisa brasileira em Odontopediatria e clínica Integrada**. Universidade federal da Paraíba, v. 10, n. 01, Abril, p. 47-52, 2010.
- TAVARES, C. M. de M. Educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. **Revista Texto & Contexto – Enfermagem**. V.15, n. 2, p. 287- 295, Jun. 2006.

THYLSTRUP, A.; FEGERSKOV, O. Patologia da Cárie. *In: Tratado de Cariologia*. Rio de Janeiro: Cultura Medica, p. 194-218, 1988.

TOLLENDAL, M. E. **Axiomas em odontopediatria social: Saúde Dentária. In: Estomatologia - Preventiva e abrangente**. São Paulo: Pancast, Cap. 4, p. 135-141, 1991.

TOMITA, N. E. *et al.* Preferências por alimentos doces e cárie dentária em pré-escolares. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v.33, n. 6, dec.1999.

THEODORO, M. O. *et al.* **Fator Sócio Econômico e o Grau de conhecimento das em relação à saúde bucal de seus bebês**. Dissertação Mestrado - Faculdade de Odontologia de Bauru/ USP, 2007.

VASCONCELOS M. *et al* . **Práticas educativas em Atenção Básica à saúde; tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Unidade didática I, módulo 4, Belo Horizonte; Editora: UFMG; Nescon/UFMG, 2008.

VERAS, D. P. *et al.* Em Busca de uma Assistência Adequada ao Idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n. 3, p.705-715, 2003.