

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

FERNANDA MIRANDA ALMEIDA

**ORIENTAÇÃO ÀS GESTANTES COM INTUITO DE PROMOÇÃO,  
EDUCAÇÃO E PREVENÇÃO DA CÁRIE NO PSF DR. MARDONE  
BALDUINO REZENDE, ITAPAGIPE – MG**

UBERABA - MG

2014

FERNANDA MIRANDA ALMEIDA

**ORIENTAÇÃO ÀS GESTANTES COM INTUITO DE PROMOÇÃO,  
EDUCAÇÃO E PREVENÇÃO DA CÁRIE NO PSF DR. MARDONE  
BALDUINO REZENDE, ITAPAGIPE – MG**

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

**Orientador:** Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

UBERABA - MG

2014

FERNANDA MIRANDA ALMEIDA

**ORIENTAÇÃO ÀS GESTANTES COM INTUITO DE PROMOÇÃO,  
EDUCAÇÃO E PREVENÇÃO DA CÁRIE NO PSF DR. MARDONE  
BALDUINO REZENDE, ITAPAGIPE – MG**

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

**Orientador:** Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

**BANCA EXAMINADORA:**

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena (UFMG)

Prof.

Aprovado em Belo Horizonte em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## **AGRADECIMENTO**

À Deus, pelo dom da vida, e por me levar ao caminho que hoje sigo, a cada dia mais próxima Dele e de seus ensinamentos.

À minha Mãe, Maria, que está sempre perto, me orientando, amando, passando na frente em minhas decisões, encaminhando meus passos.

Aos meus pais, Guilherme e Luzia, sempre me apoiando e ajudando a construir meu futuro.

Aos meus filhos, Henrique e Mateus, por me amarem e entenderem minhas ausências.

Ao meu orientador Bruno Sena, pela atenção, dedicação e paciência durante a realização deste trabalho.

Aos meus ex-colegas de equipe, do PSF Dr. Mardone Balduino Rezende, de Itapagipe – MG, pelos anos de convivência e aprendizado.

Meu muito obrigada a todos.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho à todos os profissionais de saúde que veem seus pacientes como um todo, com suas inseguranças, angústias, lamentações, problemas, mas também com suas expectativas, alegrias, motivações.

Dedico especialmente às gestantes e mães, que, independentemente da classe social, raça ou religião, quando o assunto é a família, não medem esforços, estão sempre dispostas a enfrentar os maiores desafios para seu bem – estar.

*“Cada gestação humana é uma esperança que renasce.  
É a materialização do amor a expressão viva de  
nosso desejo de vida eterna”*

**HENTSCHEL (1990)**

## RESUMO

Este projeto de intervenção foi realizado com o intuito de solucionar os problemas de saúde bucal enfrentados pelo município, através de ações de promoção, educação e prevenção da cárie dentária. Assim como a promoção, ações preventivas como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo a incidência e prevalência na população. A necessidade de um programa que auxilie aos profissionais envolvidos, visto que com um planejamento adequado, os objetivos serão alcançados, e a população beneficiada. O objetivo deste trabalho é propor um plano de ação para, através da educação, promoção e prevenção em saúde com gestantes, reduzir os problemas de saúde bucal da população de Itapagipe/MG. Foi realizada pesquisa bibliográfica em sites de saúde, livros e impressos do Ministério da Saúde. Os sites usados foram Scientific Electronic Library Online (Scielo), Biblioteca Virtual de Saúde do Ministério da Saúde (BVSMS), Biblioteca Nescon (Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família - CEESF). Pode-se evidenciar que a construção da saúde começa antes do nascimento, sendo assim, a odontologia tem buscado valorizar o período intrauterino, estabelecendo o pré-natal odontológico como medida preventiva para a gestante e seu bebê. Assim podemos ter certeza de que o acompanhamento da gestantes, enfatizando a necessidade da promoção, educação e prevenção são elementos fundamentais para se chegar à saúde bucal na vida adulta, sem cárie, problemas periodontais ou edentulismo.

**Descritores:** Gestantes, Promoção da Saúde, Assistência Pré-Natal, Prevenção em Saúde Bucal, Odontologia Preventiva, Odontologia em Saúde Pública

## **ABSTRACT**

This intervention project was conducted in order to solve the oral health problems faced by the municipality, through promotion, education and prevention of dental caries. As a promotion, preventive actions as interventions aimed at preventing the emergence of specific diseases, reducing the incidence and prevalence in the population. The need for a program that helps the professionals involved, whereas with proper planning, the goals will be achieved, and the population served. The objective of this work is to propose an action plan for, through education, health promotion and prevention with pregnant women, reduce oral health problems of the population of Itapagipe / MG. Literature search was performed on health sites, books and printed from the Ministry of Health. Sites were used Scientific Electronic Library Online (Scielo), Virtual Health Library of the Ministry of Health (BVSMS), Nescon Library (Specialization Course on Health Strategy Family - CEESF). One can show that the construction of health begins before birth, so dentistry has sought to value the intrauterine period, establishing dental prenatal as a preventive measure for the mother and her baby. Thus we can be sure that the monitoring of pregnant women, emphasizing the need for promotion, education and prevention are key elements to reach the oral health in adulthood without caries, periodontal problems and tooth loss.

**Keywords:** Pregnant women, Health Promotion, Prenatal Care, Prevention Oral Health, Preventive Dentistry, Public Health Dentistry

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	9
2 JUSTIFICATIVA.....	13
3 OBJETIVOS.....	15
3.1 Objetivo Geral .....	15
3.2 Objetivos Específicos .....	15
4 METODOLOGIA.....	16
5 REVISÃO DE LITERATURA .....	17
5.1 Promoção de Saúde .....	17
5.2 Educação em Saúde .....	21
5.3 Prevenção em Saúde .....	26
5.4 Mitos no Tratamento Odontológico de Gestantes .....	29
5.5 Pré-Natal Odontológico .....	32
5.6 Atendimento Multiprofissional .....	35
6 PLANO DE AÇÃO .....	38
6.1 Identificação do Problema .....	38
6.2 Priorização do Problema .....	38
6.3 Descrição e Explicação do Problema .....	39
6.4 Seleção de Nós Críticos .....	39
6.5 Desenho das Operações .....	40
6.6 Identificação de Recursos Críticos .....	42
6.7 Plano Operativo .....	42
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	45
REFERÊNCIAS.....	48

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde bucal é influenciada pela qualidade de vida, assim, sendo esta de caráter essencialmente sócio-político, deve-se ter uma intervenção em saúde bucal coletiva, para resolver seus problemas, iniciando-se por políticas sociais, as quais irão proporcionar mudanças socioeconômicas significativas.

Hoje em dia são muitas as políticas públicas que auxiliam a população, muitas dessas, especificamente, são de saúde bucal, como o Brasil Sorridente, que como mostrou o SB Brasil (2010) podemos constatar seu sucesso, devido aos dados encontrados, verificando-se a melhora da situação da saúde bucal da população.

Baseado no paradigma da Promoção de Saúde conceituado na Carta de Ottawa é o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (WHO, 1986, p.1). Assim, o indivíduo se torna peça fundamental como modificador de sua própria saúde.

A promoção de saúde inclui cinco estratégias principais (WHO, 1986, p. 2-3):

- *A construção de políticas públicas saudáveis*, que apontam para a equidade em saúde, distribuição mais equitativa de renda e políticas sociais;
- *A criação de ambientes favoráveis* à saúde e à vida, encorajando a ajuda recíproca, a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais;
- *O reforço à ação comunitária*, pelo incremento do poder das comunidades, o que requer acesso às informações, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde e apoio financeiro;
- *O desenvolvimento de habilidades* pessoais e sociais, através da divulgação da informação e da educação para a saúde, aumentando as opções para que as populações possam exercer maior controle sobre a sua saúde e sobre o meio ambiente, assim como fazer opções que conduzam a uma melhor saúde;
- *A reorientação dos serviços* de saúde para uma postura abrangente que perceba e respeite as peculiaridades culturais, apoiando as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável e abrindo canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais.

Deste modo, a promoção de saúde constitui “uma estratégia que vincula as pessoas e seus meios com o objetivo de criar um futuro mais promissor, combinando escolha pessoal e responsabilidade social” (PORTILLO; PAES, 2000, p.78).

Assim como a promoção, ações preventivas como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência na população.

É indispensável o conhecimento epidemiológico no planejamento das ações de prevenção e controle das doenças e agravos a saúde, pois por meio da vigilância epidemiológica (monitoramento e avaliação) são obtidas as informações para conhecimento, acompanhamento e controle do estado de saúde da comunidade.

O desenvolvimento de ações de prevenção no âmbito coletivo e em diferentes ambientes como unidades de saúde, juntamente com a educação e a promoção as saúde se mostrarão efetivos na obtenção dos objetivos propostos.

Assim, a necessidade de um programa que auxilie aos profissionais envolvidos, visto que com um planejamento adequado, os objetivos serão alcançados, e a população beneficiada.

Nesse sentido vem-se ampliando o conceito da Odontologia Intrauterina, ou Pré-Natal Odontológico, que se caracteriza pelo acompanhamento odontológico da gestante durante toda a gravidez.

O município de Itapagipe está localizado no pontal do triângulo mineiro, às margens do Rio Grande, cortado pela MG - 255.

Com uma área de 1.795.341 km<sup>2</sup> e população de 14.019 habitantes, tem como municípios limítrofes Campina Verde a noroeste e norte, Prata e Comendador Gomes a Nordeste, Frutal a Sudeste, São Francisco de Sales a Oeste e os paulistas, Paulo de Faria e Riolândia a Sul.

Representada pelo Excelentíssimo Prefeito Municipal, Dirley Barbosa, que conta com a colaboração da Secretaria Municipal de Saúde, Dilma Nunes Barbosa Rios, e grande equipe de saúde.

Hoje o município conta com uma rede de atenção básica a saúde que é organizada e composta pelas seguintes unidades:

- PSF I - Dr. Mardone Balduino Rezende
- PSF II - Dr. Edison Rodrigues
- PSF III - Dra. Nohad Andrade Maluf - PSF Rural
- Centro de Saúde

Assim como em muitos municípios brasileiros, Itapagipe enfrenta problemas da grande diferença social, onde muitos só têm acesso ao serviço público, e apesar dos esforços de toda equipe dos Programas de Saúde, muitos ainda não tem consciência da importância da prevenção para garantir qualidade de vida.

Deste modo, este projeto vem com o intuito de mudar essa realidade, iniciando-se a conscientização da importância da prevenção com as gestantes, já que estas estão num período favorável para a promoção de saúde.

Por meio do acompanhamento clínico sistemático realizado durante o pré-natal, como também pela possibilidade de estabelecimento, incorporação e mudanças de hábitos, pois, a singularidade do momento remete a uma série de dúvidas, que pode funcionar como estímulo para que a gestante busque informações e, com isso, adquira novas e melhores práticas de saúde.

Desta forma, pode-se obter melhorias no autocuidado da gestante em relação à saúde bucal e conseqüente diminuição do aparecimento de cáries e doença periodontal durante a gravidez.

Os benefícios de boas práticas de saúde certamente se estenderão ao futuro bebê, por meio da adoção de hábitos alimentares adequados e de medidas preventivas, minimizando a possibilidade do surgimento de várias patologias na criança, dentre elas a cárie dentária.

Neste sentido, faz-se necessária atenção integral e interdisciplinar à gestante e, nela, a odontologia tenha sua prática centrada nas necessidades da gestante como um todo, não se limitando à cavidade bucal, com superação do modelo de atenção vigente, caracterizado por atenção voltada para o tratamento cirúrgico-restaurador das doenças bucais, onde a prevenção normalmente é limitada à cavidade bucal.

Assim, é fundamental que os profissionais de odontologia sintam-se profissionais da área de Saúde de forma ampliada, não limitados apenas ao trabalho técnico-odontológico, que seus conhecimentos extrapolem os limites da cavidade bucal, com interação e trocas de saberes com profissionais de outras áreas e, desta forma, possam contribuir para a atenção integral do indivíduo.

Por outro lado, é importante conhecer a forma de agir e pensar desses sujeitos sobre as questões a serem trabalhadas, visando nortear não só a formulação das ações, como também avaliar a própria atenção prestada no dia-a-dia da população e, desta forma, identificar as mudanças necessárias.

Deste modo, percebeu-se a necessidade deste estudo, por acreditar que o conhecimento e a compreensão das práticas, o pensar e o agir das gestantes sobre sua própria saúde bucal durante o período gestacional, poderia colaborar no aperfeiçoamento da atenção prestada durante o pré-natal, fornecendo subsídios para elaboração de ações de promoção de saúde e contribuir para melhorias na integralidade da atenção dessa importante parcela da população, que se estende ao restante da família, pois a mãe é a porta de entrada da casa.

Pretende-se com esse trabalho, portanto, criar um plano de intervenção, o qual auxiliara a equipe de saúde a buscar melhores condições de saúde bucal, que em longo prazo, verificar-se-á uma população conscientizada da necessidade de prevenir para se ter uma saúde bucal.

## 2 JUSTIFICATIVA

Encontra-se, apesar dos vários programas de saúde disponíveis, um elevado índice CPO-D, elevado índice de dentes perdidos por cárie e por consequência da doença periodontal.

Assim, com este projeto, os profissionais terão um modelo a seguir, facilitando o processo de trabalho, obtendo maior possibilidade de se atingir o objetivo desejado.

E como relata Finkler (2005, p. 11) este é um momento ideal para iniciar a educação da saúde, por ser o período da gestação um momento importante na vida da mulher, “no qual ela se encontra bastante receptiva a informações relacionadas ao futuro filho e à transformações de comportamentos pessoais e familiares.” Assim, elas são consideradas o grupo para iniciarmos a intervenção em educação em saúde.

Pensando-se na família como um espaço primário de relacionamento social, as mulheres como mães, exercem uma influência especial (BLINKHORN, 1981), principalmente nas questões relacionadas à saúde, pois atuam como agentes multiplicadoras de conhecimentos, informações e atitudes que visam à promoção da sua saúde e a de toda a sua família (COSTA *et al.*, 1998; COSTA, 2000).

A educação em saúde deve começar precocemente, pois “a aquisição de hábitos durante a infância precoce é um processo eficiente, duradouro e indolor”. (BLINKHORN, 1981, p. 16). Se há mudanças de hábitos, ou estes são incluídos na educação desde a infância, o comportamento dar-se-á de maneira natural. Sendo que mais tarde, deverá haver a mudança dos hábitos, o que geralmente é mais difícil.

É indiscutível a influência da saúde bucal da gestante na saúde (bucal) de seu futuro filho, assim o atendimento às necessidades de cuidados odontológicos durante a gestação, ao promover a saúde da gestante, reduz seus níveis salivares de *Streptococos mutans*, minimizando ou protelando a provável transmissibilidade destes microrganismos bucais para seus filhos, concorrendo assim para uma prevenção primária da cárie (TORRES *et al.*, 1999; CASAMASSIMO, 2001).

Sabe-se que membros de uma mesma família apresentam semelhantes experiências de cárie, mas a análise desse forte padrão intrafamiliar enfatizando as semelhanças biológicas que familiares apresentam, tendência da literatura científica

odontológica, esquece que a cárie é uma doença fortemente modulada por fatores comportamentais, resultantes do ambiente em comum compartilhado por uma família, que abrange aspectos relacionados à posição socioeconômica, alimentação, higiene, entre outros (FARIA; OLIVEIRA; PORDEUS, 1997). Isto significa dizer que o estabelecimento de hábitos que geram saúde depende fundamentalmente de um adequado ambiente familiar.

Como Blinkhorn (1981) e Rocha *et al.* (1998) lembram que a alimentação das crianças não é determinada apenas pelo que os pais consideram adequado, mas também pelos padrões sociais correntes, resultantes da interação de fatores culturais, familiares e econômicos. A dieta alimentar é definida já nos primeiros anos de vida, quando o recém-nascido inicia seus contatos com os diversos alimentos e seus sabores. Assim, a preocupação com a alimentação existe desde o nascimento do bebê, com vistas à promoção de saúde.

Chen (1986) verificou que os hábitos de higiene bucal que a mãe possui influenciam mais o comportamento preventivo dos filhos (escovação, uso de fio-dental e visitas preventivas ao dentista) do que o nível sócioeconômico e as crenças das mães sobre saúde. Deste modo, os filhos tendem a adquirir os mesmos hábitos que suas mães.

Contudo, o restabelecimento ou a manutenção da saúde bucal da mãe/gestante também é fundamental, tanto que atualmente, a verificação da saúde bucal da gestante e de seus hábitos alimentares e de higiene serve como parâmetro para a determinação do risco à cárie do futuro bebê (VIEIRA, 1999), já que estudos demonstraram uma relação positiva entre a experiência de cárie da mãe e a de seu filho (ARAÚJO, 1999).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Propor um plano de ação para, através da educação, promoção e prevenção em saúde com gestantes, reduzir os problemas de saúde bucal da população de Itapagipe/MG.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Acolher as gestantes no Pré-Natal Odontológico, fazendo um tratamento integral e multiprofissional da gestante;
- Estimular adesão das gestantes ao tratamento odontológico;
- Estimular mudanças de hábitos comportamentais da gestante em relação a sua higiene bucal e dieta.
- Oferecer conscientização de gestantes, porta de entrada da família, melhorar a saúde bucal da população e melhorar a qualidade de vida das famílias envolvidas;
- Modificar o comportamento de mães, diante do acesso às informações e medidas preventivas, necessárias para a aquisição de hábitos saudáveis desde os primeiros anos de vida dos bebês.

## 4 METODOLOGIA

O diagnóstico situacional foi realizado através do método de Estimativa Rápida, devido às suas facilidades quanto a tempo e custo. Foram observados dados existentes nos sistemas de informação, onde pode-se observar grande demanda para tratamento de cárie, extração dental e necessidade de uso de próteses dentárias.

Foi realizada pesquisa bibliográfica, a partir dos descritores: Gestantes, Promoção da Saúde, Assistência Pré-Natal, Prevenção em Saúde Bucal, Odontologia Preventiva, Odontologia em Saúde Pública, em sites de saúde, livros e impressos do Ministério da Saúde. Os sites usados foram Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual de Saúde do Ministério da Saúde (BVSMS), Biblioteca Nescon (Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família - CEESF), e sites de revistas especializadas. Os critérios de inclusão dos artigos se deu a partir de artigos publicados após o ano 2000 e que abordassem a temática explicitada e outros, de anos anteriores que foram considerados de grande relevância ao projeto de intervenção.

Para desenvolvimento desta intervenção foi usado o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), identificando o problema e a necessidade que há que este seja solucionado. O projeto será realizado a partir de ações de educação, promoção e prevenção em saúde. Será abordado as ações que serão colocadas em prática afim de que se possa ser atingido o objetivo.

Como o projeto visa a intervenção principalmente em gestantes, será implantado o Pré-natal Odontológico. Será feita uma abordagem com médicos, pediatras, enfermeiros, e todos aqueles profissionais que estão em contato com as gestantes, afim de conscientizá-los da importância e necessidade deste pré-natal.

A partir daí serão realizados encontros programados com as gestantes, para assim orientá-las acerca dos vários pontos que elas precisam conhecer sobre a própria saúde bucal, e também para manter a do seu bebê, e de sua família.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 Promoção de Saúde

A promoção da saúde, como vem sendo entendida nos últimos 20-25 anos, representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos neste final de século. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000).

Decorridos pouco mais de dez anos da divulgação da Carta de Ottawa (WHO, 1986), um dos documentos fundadores da promoção da saúde atual, este termo está associado a um conjunto de valores: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Refere-se também a uma combinação de estratégias: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais. Isto é, trabalha com a ideia de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos (WHO, 1986 apud BUSS, 2000, p.4).

O mesmo autor (BUSS, 2000), diz que atualmente, na Política Mundial de Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), o enfoque para a promoção de saúde dirige-se sob postulados que orientam a estratégia de atenção primária da saúde, isto é:

1. A obtenção do mais alto grau de saúde exige a intervenção de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.
2. A promoção e proteção da saúde da população é indispensável para sustentar o desenvolvimento econômico e social e contribuir para melhorar a qualidade de vida e alcançar a paz mundial.
3. A população tem o direito e o dever de participar, individual e coletivamente, no planejamento e aplicação da atenção à saúde.

A promoção de saúde é a combinação planejada de ações educacionais, políticas, regulatórias e organizacionais, que atuam na condição da saúde do indivíduo, do grupo ou da comunidade (Horowitz, 1994).

Candeias (1997) nos mostra que existem muitas discussões sobre os conceitos de Educação em Saúde e Promoção em Saúde, isto, segundo o autor, acontecendo mais em países em desenvolvimento.

O mesmo usa os conceitos mais aceitos por especialistas, propostos por Green e Kreuter. Define-se promoção em saúde como uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir ações e condições de vida conducentes à saúde (CANDEIAS, 1997). Ou seja, a combinação de diversos determinantes de saúde com diversas intervenções, usando a educação em saúde e outras políticas de saúde para se promover saúde.

Promover saúde é mais do que contar para o paciente que cárie pode ser prevenida através da utilização correta de produtos contendo flúor, da limpeza adequada dos dentes e da racionalização do consumo de açúcar. Promoção de saúde é uma ação global, objetivando a melhoria na qualidade de vida das pessoas. Neste contexto, [...] é apenas uma parte do todo. É qualquer esforço planejado para construir políticas públicas saudáveis, criar ambientes que apoiem o esforço individual e comunitário de ser saudável, fortalecer ação comunitária, desenvolver habilidades pessoais ou reorientar os serviços (BUISHI, 2003 apud FLORIANÓPOLIS, 2006, p. 05).

Czeresnia (2011) apresenta um conceito de Winslow, que afirma que a Promoção de Saúde é um esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorem as condições de saúde da população e os programas educativos para que o indivíduo melhore sua saúde pessoal, assim como para o desenvolvimento de uma 'maquinaria social' que assegure a todos os níveis de vida adequados para a manutenção e o melhoramento da saúde.

Heidmann *et al.* (2006) nos mostra que o conceito tradicional de Promoção de Saúde foi definido, inicialmente, a partir do modelo de Leavell e Clark, na década de 40. Ao longo dos anos esse conceito foi sendo reestruturado, até se chegar em 1986, onde na Carta de Ottawa temos que "Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo" (WHO, 1986).

A Carta de Ottawa foi um marco para a Promoção de Saúde, porém outras conferencias internacionais contribuíram para destacá-la como importante ferramenta para a saúde. Tais como:

- II Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde e a Declaração de Adelaide: foi realizada em abril de 1982 e teve como tema central as políticas públicas voltadas para a saúde;
- III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde e a Declaração de Sundsvall: criação de ambientes favoráveis à saúde;
- IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde e a Declaração de Jacarta: realizada em Jacarta, em 1997, sendo a primeira a convidar representantes do setor privado. Resgata e atualiza a discussão sobre o “reforço da ação comunitária” definido na Carta de Ottawa;
- V Declaração do México – Quinta Conferência Internacional de Promoção da Saúde: foi realizada na cidade do México, 2000. Reforça a importância das ações de promoção à saúde nos programas e políticas governamentais, no nível local, regional, nacional e internacional;
- VI Conferência Mundial de Promoção à Saúde – A Carta de Bangkok: foi realizada na cidade de Bangkok (Tailândia), em 2005. Reforça as mudanças no contexto da saúde global, incluindo o crescimento das doenças transmissíveis e crônicas, no qual incluem as doenças cardíacas, câncer e diabetes.

A Política Nacional de Promoção de Saúde (2010) tem como objetivo geral promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

Assim, a Promoção de Saúde Bucal deve fazer parte das políticas públicas voltadas à comunidade, como a, fluoretação das águas de abastecimento, o uso de dentífrico fluoretado e os cuidados odontológicos básicos. O objetivo destas ações é reduzir os fatores de risco à saúde das pessoas, além de oferecer informações sobre sua proteção (BRASIL, 2004).

Ferreira *et al.* (2004) relatou a importância da saúde bucal, visto que existiria correlação entre algumas doenças que acometeriam a cavidade bucal com a instalação de doenças sistêmicas, tais como diabetes, doenças cardíacas, pulmonares, o nascimento de bebês prematuros ou de baixo peso, reforçando a importância da promoção da saúde em odontologia.

Como visto no Caderno de Atenção Básica, há medidas de saúde pública para Promoção de Saúde, tais como: acesso ao flúor, redução do consumo do açúcar, informações sobre fatores de risco e autocuidado. E ainda políticas relacionadas à melhorias das condições socioeconômicas, da qualidade de vida, do acesso e uso de instrumentos de higiene e estímulos à manutenção da saúde.

Assim, a Promoção de Saúde pode ser entendida como um desfecho positivo decorrente da implantação de políticas públicas saudáveis (BRASIL, 2006).

Para Gutierrez, promoção da saúde é o conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, a níveis individual e coletivo (Gutierrez, 1997 apud BUSS,2000, p. 5).

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

Oliveira (2002) mostrou em sua tese de doutorado, o estudo realizado por Hamilton; Davis; Blinkhorn em 1999, com o intuito de mostrar a importância e efetividade da Promoção da Saúde Bucal, avaliaram um programa de saúde bucal, realizado com 500 mães, onde 250 participaram e 250 ficaram para grupo controle. As mães do programa recebiam orientações sobre os fatores de risco associados à cárie de mamadeira. Para essa avaliação o instrumento utilizado abordava as seguintes questões: (1) uso de copo de transição ao invés da mamadeira; (2) escovação dos dentes do bebê com creme dental fluoretado; (3) restrição ao bebê de comidas e bebidas açucaradas; (4) uso de medicamentos livres de açúcar; (5) registro do bebê com um dentista. Os resultados indicaram que o programa de saúde bucal melhorou significativamente a lembrança materna a respeito das orientações recebidas pelas visitas de saúde e incentivou as mães a levarem seus filhos ao dentista. Concluí – se assim que um programa de saúde bucal, por visitas domiciliares de agentes de saúde melhorou as informações das mães acerca das medidas preventivas para a cárie de mamadeira e o comportamento em relação às visitas odontológicas.

A alta prevalência de cárie em bebês, demonstrada em uma série de estudos (Barros *et al.* 2001; Habibian *et al.* 2001; Wyne *et al.* 2001), esclarecem sobre a necessidade de programas voltados para a promoção de saúde na primeira infância, que visem manter a saúde bucal dessas crianças.

É importante compreender que a promoção à saúde constitui-se num modo de ver a saúde e a doença, pois temos que adotar como enfoque de promoção à saúde a tendência que defende ações intersetoriais e valorizam a saúde como qualidade de vida da população (HEIDMANN *et al.*, 2006).

Ressaltando ainda a importância de se trabalhar em conjunto com as cinco estratégias de promoção à saúde, as quais poderão impulsionar transformações na realidade de saúde da população.

O grande desafio da promoção à saúde, principalmente no contexto latino americano é a de mudança de cenário, no qual ainda prevalece uma enorme desigualdade social com deterioração das condições de vida da maioria da população, junto com o aumento dos riscos para a saúde e diminuição dos recursos para enfrentá-los.

## **5.2 Educação em Saúde**

O termo educação, segundo o Mini dicionário Aurélio (1989, p. 589), significa: “Processo de desenvolvimento da capacidade física, intelectual e moral do ser humano”.

Entende-se por educação em saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde (CANDEIAS, 1997). Ou seja, é importante a combinação de determinantes de comportamento com experiências de aprendizagem, intervenções educativas, de forma planejada, possibilitando o reforço, de forma que o grupo a ser atingido o faça voluntariamente, através de autocuidados da própria saúde.

Candeias (1997) ainda nos mostra que a Educação em Saúde, na prática, se constitui de diversas atividades técnicas, as quais são voltadas para a saúde, e usa de programas educativos, atuando em escolas, no local de trabalho, no ambiente clínico, e a comunidade.

A educação para a saúde pode ser definida como qualquer combinação planejada de aprendizado que predispõe, capacita ou reforça o comportamento

voluntário, levando à saúde do indivíduo, do grupo ou da comunidade (HOROWITZ,1994).

Segundo a Linha Guia do Estado de Minas Gerais, caderno da Atenção à Saúde Bucal: O objetivo principal da educação em saúde bucal é o incentivo e o fortalecimento da autonomia dos usuários no controle do processo saúde- doença. Deve fornecer instrumentos, apoio e orientação ao usuário para se tornar independente na condução de seus hábitos, no conhecimento do seu corpo, no acompanhamento e manutenção da sua saúde bucal, e para acessar o serviço de saúde quando julgar necessário. A educação em saúde bucal individual deve acontecer a partir do acesso ao tratamento individual. Tem uma conotação individualizada, em que haverá uma análise da situação de risco do usuário e também serão discutidas medidas que se adaptem à sua realidade (MINAS GERAIS, 2006, p.80-83).

Rezende (1986) afirma que a educação é um instrumento de transformação social, não só a educação formal, mas toda a ação educativa que propicie a reformulação de hábitos, aceitação de novos valores e que estimule a criatividade. A educação para a saúde deve ser pensada como um processo capaz de desenvolver nos indivíduos a consciência crítica das causas reais dos seus problemas e, ao mesmo tempo, criar uma prontidão para atuar no sentido de mudança.

O atendimento ao bebê e, conseqüentemente, a educação e motivação dos pais em relação à saúde bucal é a forma mais prática, simples, eficaz e de baixo custo para se realizar programas de saúde pública (KUHN, 2002).

Garboza *et al.* (1997) mostraram a eficácia do atendimento precoce na promoção da saúde bucal, na faixa etária de 0 a 5 anos, numa população atendida pela Bebê Clínica da Universidade Estadual de Londrina, onde obtiveram uma prevalência de 2% de cárie simples e 0% de cárie tipo mamadeira.

Enquanto a meta na educação para a saúde é tornar os indivíduos internamente melhor equipados para que possam fazer escolhas mais saudáveis, a promoção da saúde tenta fazer com que as escolhas mais saudáveis tornem-se escolhas mais fáceis (Milio, 1983).

O acesso à instrução e à informação é essencial para alcançar a participação eficaz e o direito de voz das pessoas e das comunidades (WHO, 1997).

A educação para a saúde esteve sempre ligada à prevenção das doenças, como forma de modificar os comportamentos identificados como fatores de risco de determinadas enfermidades. Trata-se, fundamentalmente, de uma atividade educativa desenhada para ampliar o conhecimento da população em relação à saúde e

desenvolver a compreensão e as habilidades pessoais que promovam a saúde. Contudo, no âmbito da promoção da saúde estas atividades educativas, podem ser úteis para chamar a atenção sobre as causas econômicas e ambientais da saúde e da enfermidade e, para tanto, devem incluir em seu conteúdo, informações que, por exemplo, demonstrem a viabilidade política e as possibilidades organizacionais de diversas formas de atuação dirigidas a obter mudanças ambientais, econômicas ou sociais que favoreçam a saúde (OPS, 1996).

Desta maneira, a educação para a saúde e a promoção da saúde, se tornam intimamente relacionadas, ou seja: a promoção da saúde depende da participação ativa da população bem informada no processo de mudança, enquanto que a educação para a saúde é uma ferramenta de vital importância neste processo (OPS, 1996).

A atenção odontológica ao bebê no intuito de manter sua saúde, mesmo antes de prevenir a doença através da educação, deve ser vista nos programas de Saúde Pública como uma possibilidade prática, simples, abrangente, de baixo custo e, principalmente eficaz; visto que, a maioria dos pais desconhece o risco de crianças pequenas desenvolverem doenças, tal como a cárie dentária. Portanto, eles devem ser informados, instruídos sobre os cuidados necessários para evitá-la, uma vez que, quanto mais precocemente se estabeleçam barreiras preventivas, mais efetivo será o resultado final (KUHN, 2002).

Hyssala *et al.* (1990) na Finlândia relatam, em seu estudo, que se o grau de instrução das mães é bom, igualmente boa é a previsão para o futuro dos dentes de seus filhos.

Nowak *et al.* (1990) afirmam que o dentista de hoje tem responsabilidade de informar aos pacientes/pais que eles devem ser responsáveis por sua saúde bucal e que, com a supervisão de um profissional capacitado, permanecerão livres de doenças bucais durante toda a sua vida.

Pesquisas mostram que a chave para a eliminação da cárie é o cuidado preventivo, que deve-se iniciar com a erupção do 1º dente (MILLER *et al.* 1995, SERINO *et al.* 1997). Afirmam ainda, que nunca é cedo demais para aconselhar novos pais sobre medidas preventivas, que combinem tanto cuidados em casa, como no consultório dental.

Horowitz (1994) afirma que a educação deveria ser o fundamento de qualquer programa de saúde pública. Já Miranda *et al.* (2000) conceituaram a educação em

saúde como um processo que induz à mudança de comportamento relativo à saúde. A educação em saúde vem sendo analisada de modo que o seu significado possa atender aos princípios e valores inovadores do sistema de saúde, dentre outros, o conceito ampliado de saúde e a integralidade da atenção com vistas a possibilitar a atenção integral e humanizada à população brasileira.

A Educação em Saúde poderá, ainda, possibilitar ao usuário a mudança de hábitos de saúde, apoiando-o na conquista de sua autonomia, constituindo-se de ações que objetivam a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença (BRASIL, 2004).

Os conteúdos de educação em saúde bucal devem ser pedagogicamente trabalhados, preferencialmente de forma integrada com as demais áreas (BRASIL, 2004).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) de 1984 reconhece a importância da educação em saúde e afirma que as gestantes constituem o grupo ideal para que o processo de aprendizagem se realize.

Peres (2001) aponta a educação em saúde, por meio da instrução de higiene e orientação da dieta, como um complemento das ações desenvolvidas nos programas de saúde integral.

A educação em saúde bucal deve fornecer instrumentos para fortalecer a autonomia dos usuários no controle do processo saúde-doença e na condução de seus hábitos (BRASIL, 2006). Devendo respeitar a cultura local, que irá contribuir coletivamente, tornando-os capazes de autocuidado nos processos saúde-doença, para uma melhoria de suas qualidades de vida.

Ainda segundo o Caderno de Atenção Básica de Saúde Bucal – Nº17, podemos citar os conteúdos que devem ser abordados nas ações educativas coletivas:

- (1) As principais doenças bucais, como se manifestam e como se previnem;
- (2) A importância do autocuidado, da higiene bucal, da escovação com dentífrico fluoretado e o uso do fio dental;
- (3) Os cuidados a serem tomados para evitar a fluorose;
- (4) As orientações gerais sobre dieta;
- (5) A orientação do autoexame da boca;
- (6) Os cuidados imediatos após traumatismo dentário;
- (7) A prevenção à exposição ao sol sem proteção; e
- (8) A prevenção ao uso de álcool e fumo (BRASIL, 2006, p. 25).

Para Welgatch *et al.* (2008) faz parte do trabalho educativo a conscientização das gestantes da importância de desenvolver hábitos de higiene bucal saudáveis, uma alimentação equilibrada e a necessidade do acompanhamento pelo dentista durante a gestação, fornecendo ferramentas necessárias, para que essas mulheres possam manter uma rotina que lhes propicie a saúde da boca.

Ismail (1998) fez uma revisão dos métodos utilizados para a prevenção da cárie que atinge crianças durante os três primeiros anos de vida. No que se refere à educação, mesmo concordante de que esta objetiva aumentar o conhecimento das mães à respeito da formação precoce da cárie dental, melhorar os hábitos nutricionais e de dieta da mãe e do filho e fornecer instruções sobre as práticas de higiene; os resultados encontrados não foram animadores. Nos trabalhos em que pesquisaram, as tão almeçadas mudanças comportamentais foram muito modestas. Contudo, afirma que o principal determinante do sucesso é a motivação da mãe ou responsáveis para autocuidados e para levar a criança à clínica em busca de cuidados preventivos.

Cunha *et al.* (2000) afirmam que prevenção sem educação/informação, certamente não será efetiva, pois enquanto não se dividir responsabilidades, haverá o risco de uma série de intervenções. Programas de educação para a saúde bucal não devem limitar-se à demonstração de procedimentos corretos, mas devem concentrar-se em criar hábitos próprios.

Os programas educacionais devem ser um processo contínuo determinando um padrão de comportamento vitalício para cada indivíduo. Os programas educacionais devem reforçar o conceito de dividir responsabilidades para a saúde bucal, de modo que o indivíduo não pense em cuidados com sua saúde bucal como tratamento isolado, realizado somente quando necessita de procedimentos mais severos. A infância é o melhor momento para a criação de hábitos saudáveis, através de programas que reforcem a opinião de que a cooperação é necessária para assegurar a saúde dentária. Há um consenso entre pesquisadores de que os melhores benefícios de um programa para a manutenção da saúde bucal são obtidos, quando a primeira visita ocorre entre 6 e 12 meses de idade (KUHN, 2002).

A educação em grupos tem um poder multiplicador do que se deseja ensinar muito maior que o processo pessoa-pessoa, mas depende da habilidade do educador em motivar o grupo e da existência de um interesse comum à maioria. As mudanças de hábitos têm maior probabilidade de ocorrer como consequência do

contato individual que é mais profundo e não deve deixar de existir: o trabalho grupal não o substitui, mas sim o reforça (PINTO, 2000).

Diversos estudos (FRAIZ *et al.* 2000; DOCKHORN, 2000; MALTZ; SILVA, 2001) comprovaram a importância da educação, em particular da mãe, na saúde bucal das crianças. Isso se dá tanto pelo reflexo na própria condição de adequação do meio bucal da mãe, que retardaria o contato da criança com micro-organismos cariogênicos, como na implementação de cuidados de alimentação e higienização decorrentes de maior grau de informação.

### 5.3 Prevenção em Saúde

Segundo o Caderno de Atenção Básica nº 17, do Ministério da Saúde em Brasil (2006, p. 16), os principais fatores de risco à saúde são:

- Fatores culturais e sócioeconômicos;
- Falta de acesso ao flúor;
- Deficiente controle mecânico do biofilme (placa bacteriana);
- Consumo excessivo e frequente de açúcar;
- Xerostomia.

Para Weyne (2001) diversos estudos têm comprovado a possibilidade de prevenção e controle das doenças bucais que ocorrem devido à placa, através da modificação de seus fatores etiológicos. No que se refere à cárie, as medidas preconizadas para sua prevenção baseiam-se, fundamentalmente, na educação e motivação do paciente ou população em relação à desorganização da placa bacteriana, à restrição do consumo do açúcar e ao uso do flúor.

De acordo com Blinkhorn (1998) existem quatro mensagens simples para se manter uma boa saúde bucal:

- a) reduzir o consumo e frequência dos alimentos e bebidas açucaradas;
- b) limpar os dentes com creme dental fluoretado;
- c) procurar tratamento e orientações regularmente e bem cedo;
- d) abastecer a população com água fluoretada.

Alguns fatores são essenciais para a prevenção e o controle da doença relacionado a atitudes e comportamentos básicos de atenção à saúde bucal, dentre

os quais se destacam: uma dieta saudável, escovação correta, o uso do flúor sob orientação do profissional dentista e visitas regulares ao consultório odontológico. “O controle e a reversão de tal doença são possíveis, caso seja diagnosticada em estágio inicial, quando se observa a presença de mancha branca no esmalte dental, sem cavidades” (LOSSO *et al.*, 2009, p. 296).

O Programa Brasil Sorridente (BRASIL, 2010) traz em uma de suas cartilhas, informações importantes acerca da escovação bucal adequada para evitar a cárie dental. Dentre elas destacam-se:

- Escovar os dentes, utilizando uma escova de dente de tamanho adequado e com cerdas macias e fio dental todos os dias, após cada refeição e também uma última vez antes de dormir;
- Limpar bem a língua, varrendo a sujeira da parte mais interna até a ponta. Para isso, usar a escova de dente ou um limpador de língua;
- Manter uma alimentação saudável, evitando o consumo exagerado de alimentos doces, principalmente entre as refeições;
- Usar flúor nos dentes para protegê-los da cárie. Esse flúor pode ser encontrado nas pastas de dente e na água dos municípios que adicionam flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento;
- Dar atenção especial na hora de escovar os dentes que ficam bem no fundo da boca porque eles juntam restos de comida e bactérias facilmente;
- Quem usa aparelho ortodôntico deve se preocupar ainda mais com a limpeza dos dentes e da gengiva e com o uso do flúor, pois o aparelho retém muitos restos de alimentos;
- O mau hálito, que é o cheiro desagradável de “ovo podre” na boca, tem como principal causa a não limpeza da língua;
- Beber bastante água durante o dia;
- Procurar o dentista regularmente.

A dieta alimentar, quando é saudável, correta e com balanceamento dos alimentos, pode ser um fator importante na prevenção da cárie. Conforme foi abordado no tópico anterior, as dietas com excessos de carboidratos e sacaroses podem colaborar para o desenvolvimento da cárie em adultos e em crianças. Nesse sentido:

Uma alimentação balanceada capaz de proporcionar um adequado estado nutricional, certamente, contribui para uma desejável condição de saúde bucal do indivíduo. Dessa forma, alguns estados carênciais, ou mesmo a ingestão de alguns componentes alimentares específicos, podem influenciar os processos de odontogênese (formação dental), erupção e desenvolvimento da cárie dentária (DIAS *et al.*, 2011, p. 41).

A educação alimentar traz numerosos benefícios à saúde do corpo e de forma bem especial à saúde bucal, uma vez que todos os alimentos em condições biológicas normais são introduzidos no organismo através da via oral. Uma vez que o alimento passa pela cavidade bucal, o mesmo deixa resíduos que servem de alimentação para os micro-organismos presentes na boca. Daí a necessidade de desenvolver o hábito de higienização bucal de forma correta, mediante escovação, uso do fio dental e o flúor com orientação do dentista. “É necessária a integração de ações de saúde bucal nos programas materno-infantis.” (CAMARGO *et al.*, 2012, p. 6).

Em relação à saúde bucal do bebê e criança, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) traz na cartilha do Programa Brasil Sorridente, as seguintes orientações básicas:

- Devemos limpar a boca do bebê antes mesmo do nascimento dos dentes. A limpeza da gengiva, bochecha, língua com fralda ou gaze umedecida com água filtrada, ou fervida, tem a finalidade de criar hábitos de higienização;
- Quando começarem a nascer os dentes decíduos (de leite) da frente, a limpeza é feita com gaze ou fralda umedecida em água limpa;
- Logo que começarem a nascer os dentes decíduos (de leite) de trás, a limpeza dos dentes e da língua deve ser feita com escova de dente pequena, macia, sem pasta de dente, apenas molhada em água filtrada ou fervida. A escova deve ser trocada quando suas cerdas estiverem gastas;
- Os pais devem escovar os dentes de seus filhos até que eles aprendam a escovar corretamente;
- Antes dos quatro anos de idade, a escova de dente não precisa conter pasta de dente com flúor para que a criança não corra o risco de engoli-lo. A partir dessa idade, usa-se uma quantidade bem pequena (do tamanho do grão de arroz) e ensina-se a criança a cuspir.

Por fim, a orientação do profissional dentista é fundamental durante as consultas odontológicas, uma vez que a orientação para prevenção e tratamento de saúde bucal deve ser feita de modo específico por este profissional, quanto ao uso adequado de produtos para limpeza bucal, em especial o flúor, pois o mesmo deve ser aplicado durante os tratamentos de rotina de limpeza dos dentes, no período de seis e em seis meses. Desse modo:

A manutenção constante do flúor na cavidade bucal é importante para a resistência do esmalte, interferindo na dinâmica do processo de cárie, reduzindo a quantidade de minerais perdidos durante a desmineralização e ativando a resposta na remineralização. Na realidade, o flúor não impede o surgimento da cárie, mas é extremamente eficiente em reduzir a sua progressão, devendo ainda ser enfatizado o controle da placa dentária e da dieta. A frequência diária de escovação dentária com dentífrico fluoretado e a escovação antes de dormir são importantes medidas para o controle da doença, pois mantêm a concentração de flúor na saliva por um período maior (DIAS *et. al.*, 2011, p. 38).

Desta forma, o uso de flúor ajuda na prevenção e reduz de forma considerável, a possibilidade de desenvolvimento da cárie. Por isso, o bochecho com flúor em idade escolar seria uma estratégia importante nas escolas e instituições infantis. Seria “de fundamental importância orientar o paciente para o uso de dentífrico fluoretado antes de dormir, o que permitirá a manutenção de flúor na cavidade bucal por um período maior de tempo” (BARATIERI *et al.*, 1989, p. 64).

Uma estratégia populacional para prevenir enfermidades orais tem, portanto, que objetivar a mudança e a manutenção de normas sociais relacionadas com o consumo de açúcar e higiene oral. Além disso, a disponibilidade de flúor tem que ser considerada, uma vez que este elemento exerce um papel de proteção contra a cárie e pode ser facilmente colocado à disposição de todos ou da maioria (NADANOVSKY, 2000).

#### **5.4 Mitos no Tratamento Odontológico de Gestante**

Considerando que o atendimento odontológico é um assunto bastante controverso, principalmente em função dos mitos que existem acerca do tratamento, tanto por parte das gestantes como por parte dos cirurgiões-dentistas que não se sentem seguros em atendê-las, é sempre um desafio organizar e priorizar este atendimento (SILVA; STUANI; QUEIROZ, 2006).

O folclore popular é rico em atributos negativos em relação ao tratamento odontológico na gravidez como: “a cada gravidez, perde-se um dente”; “há enfraquecimento dos dentes da mãe porque o feto retira cálcio deles”, mulheres grávidas são mais suscetíveis às doenças bucais e que gestantes não podem ser submetidas ao tratamento odontológico, usar medicamentos e anestésicos locais e realizar tomadas radiográficas. A maioria dos medos, embora sem suporte científico, contribuem para o afastamento da gestante da atenção odontológica (CODATO; NAKAMA; MELCHIOR, 2008).

A existência de crenças populares sobre a saúde bucal da gestante é relatada por autores de vários países. Entre as mais comuns, estão as que um dente perdido a cada gravidez, o bebê retira cálcio dos dentes da mãe, mulheres grávidas são mais suscetíveis às doenças bucais e que gestantes não podem ser submetidas ao tratamento odontológico. Na verdade, algumas alterações realmente acontecem durante a gestação. Enjoos e vômitos frequentes, geralmente presentes no primeiro trimestre, podem provocar erosões ácidas ou descalcificações nas superfícies palatinas e linguais dos dentes (KONISHI, 1995). Além disso, o enjoo é considerado o fator mais importante na redução do número de escovações, por isso o período gestacional é considerado de alto risco para a ocorrência de cárie, não pelo aumento da microbiota oral ou mesmo da sua patogenicidade, mas pelo aumento da quantidade de placa bacteriana devido aos descuidos da gestante com sua higiene (MONTANDON *et al.*, 2001; MELO *et al.*, 2007).

Não só há os preconceitos por parte das gestantes, devido aos muitos mitos envolvendo o atendimento odontológico, como também por parte de muitos cirurgiões-dentistas menos esclarecidos. A postergação do atendimento até o nascimento do bebê, ao invés de sanar o problema odontológico ao ser diagnosticado, pode ocasionar um dano maior em função do desenvolvimento da doença (RIOS, 2006).

Outro fator responsável pelo aumento da atividade cariogênica é a diminuição da capacidade fisiológica do estômago que faz com que a gestante passe a ingerir alimentos em menores quantidades, mas com maior frequência (BRASIL, 2006; MELO *et al.*, 2007).

Além da gravidez não ser responsável pelo aparecimento da cárie, também não é pela perda de minerais dos dentes da mãe para formar as estruturas calcificadas do bebê, visto que estes vêm dos ossos quando há carência na dieta (CARDOSO; GONÇALVES, 2002). A comida ingerida pela mãe afeta os dentes do

feto enquanto estão em formação: o cálcio, o fósforo e outras vitaminas são necessários. Quando a dieta da mãe é balanceada, quantidades adequadas desses nutrientes passam para seu filho (PEREIRA *et al.*, 2003).

De acordo com Rodrigues (2002) a gravidez não é responsável pelo aparecimento de cáries e nem pela perda de minerais dos dentes da mãe, mas o aumento da atividade cariogênica está relacionado com a alteração da dieta e com a presença da placa bacteriana, causada pela limpeza inadequada dos dentes. O aumento de cáries na mulher grávida é provavelmente determinado por possíveis negligências com a higiene bucal; maior exposição do esmalte ao ácido gástrico(vômitos); alterações de hábitos alimentares resultantes do fato de estar grávida; aumento da frequência das refeições (com a compressão do feto, diminui a capacidade volumétrica do estômago e, conseqüentemente, a gestante alimentasse em pequenas quantidades, porém mais vezes, incluindo alimentos cariogênicos).

A gravidez por si só também não determina quadro de doença periodontal. De acordo com o Ministério da Saúde, alterações na composição da placa subgingival, resposta imune da gestante e a concentração de hormônios sexuais são fatores que influenciam a resposta do periodonto (BRASIL, 2006). A gravidez acentua a resposta gengival, modificando o quadro clínico em usuárias que já apresentam falta de controle de placa. Gestantes que desenvolvem doença periodontal têm uma grande possibilidade de dar à luz a bebês com baixo peso e prematuros (SILVA, 2002; MELO *et al.*, 2007). As doenças periodontais graves levam a um aumento na produção de prostaglandinas, que participam na contração uterina durante o trabalho de parto e podem induzir o parto prematuro (MELO *et al.*, 2007).

Codato, Nakama e Melchior (2008) relataram que a não procura por atendimento odontológico durante a gravidez estava relacionada a fatores psicológicos como o medo e a emotividade. Assim, a emotividade, o medo e a crença, transmitidos de geração a geração, interferem negativamente na resolutividade de necessidades odontológicas, muitas delas emergenciais e, portanto, com indicação de intervenção imediata.

Outros fatores foram relatados como a falta de interesse, o comodismo, o esquecimento, ao fato de não gostar de dentista ou nem pensar em ir ao dentista durante a gravidez, o custo financeiro, a falta de tempo, as dificuldades de marcação de consultas e as interferências no cotidiano (SCAVUZZI; ROCHA; VIANNA, 1998;

ALBUQUERQUE; ABEGG; RODRIGUES, 2004; CODATO; NAKAMA; MELCHIOR, 2008).

Os anestésicos locais são considerados seguros para uso durante toda a gravidez. O emprego de baixas doses em Odontologia privilegia esse uso. A gestação não contra-indica o uso de anestésicos locais com vasoconstritor, pois as doses e as vias empregadas não determinam efeitos hemodinâmicos placentários. Na necessidade de uso de um anestésico na paciente gestante, é recomendada uma dose, a menor possível para se conseguir uma anestesia efetiva, não devendo ultrapassar o limite de três tubetes por sessão, evitando assim o risco de reações adversas e toxicidade para a mãe e o feto. A base anestésica da lidocaína 2% é efetivamente a mais segura das drogas anestésicas locais (WANNACHER; FERREIRA, 1999).

Atualmente, muitos profissionais da área odontológica têm demonstrado preocupação em desmistificar a crença popular, ainda hoje bastante arraigada, de que mulheres grávidas não podem receber assistência odontológica devido a possibilidade de prejuízos à gestante ou ao feto (SCAVUZZI et al., 1999).

Outro questionamento apresentado pelas gestantes foi quanto à possibilidade de realização de radiografia. Durante a gravidez, as radiografias só devem ser solicitadas quando absolutamente indispensável ao diagnóstico ou à orientação terapêutica (SILVA, 2002). De acordo com o Ministério da Saúde, se for necessária à realização de tomadas radiográficas, deve-se proteger a gestante com avental de chumbo e protetor de tireóide e, se possível, utilizar filmes ultrarrápidos (BRASIL, 2006). Além disso, é fundamental manter o aparelho de raios X calibrado, com filtração e a colimação corretas (SILVA, 2002).

O conhecimento por parte do cirurgião-dentista sobre as principais características de cada trimestre gestacional e sobre as recomendações e cuidados a serem tomados durante o atendimento odontológico, incluindo a prescrição de medicamentos e o exame radiográfico, são importantes para possibilitar o tratamento da gestante com segurança e com menor risco de efeitos adversos para o bebê (SILVA; STUANI; QUEIROZ, 2006).

## 5.5 Pré-natal Odontológico

Os conhecimentos atuais fornecem evidências de que a construção da saúde começa antes do nascimento, sendo assim, recentemente a odontologia tem buscado valorizar o período intrauterino, estabelecendo o pré-natal odontológico como medida preventiva para a gestante e seu bebê. A fase pré-natal pode exercer efeitos positivos ou negativos na saúde do bebê em formação, inclusive na saúde bucal os efeitos dependerão de como foi o ambiente intrauterino que sofre influências diretas da mãe (CARDOSO; GONÇALVES, 2002).

A gestação é um período ímpar na vida da mulher, no qual ela normalmente está mais receptiva a novos conhecimentos, que podem levar à adoção de novas e melhores práticas de saúde, cujos benefícios se estenderão aos demais membros da família, em decorrência do importante papel da mãe no cuidado da família (CODATO; NAKAMA; MELCHIOR, 2008).

Durante a gravidez, as futuras mães estão mais motivadas e se preocupam com o bem-estar e desenvolvimento do bebê, sendo esta uma época considerada favorável para iniciar a orientação sobre saúde bucal. Pais que recebem estas orientações estarão mais preparados para cuidar dos seus filhos e motivá-los quanto à manutenção da higiene bucal durante o seu crescimento, diminuindo o risco dessas crianças desenvolverem certas doenças, como a cárie (SANTOS-PINTO *et al.*, 2001).

No momento em que a gestante procura atendimento odontológico, é necessário que profissional esteja consciente sobre a necessidade da educação em saúde para mostrar a esta mãe a importância da odontologia materno-infantil. Se o profissional não estiver atento, pode-se perder uma oportunidade única de educar e motivar aquela família e assim prevenir muitos problemas bucais do bebê, já que, tradicionalmente, o bebê não vai ao consultório odontológico a não ser que já apresente algum problema (MIRANDA; MAIA; VALE, 2004).

Deste modo, o papel da “Odontologia pré-natal” (ou “Odontologia intrauterina”, termo polêmico) é o restabelecimento da saúde bucal da gestante, proporcionando-lhe melhores condições para receber seu bebê (MAEDA, 2001, p. 10), além da educação dos pais sobre a sua própria saúde bucal no sentido de adotarem hábitos saudáveis que favoreçam também a saúde bucal de seus filhos (CASAMASSIMO, 2001; OLIVEIRA, 2002).

Dúvidas sobre a possibilidade de atenção odontológica durante o período gestacional podem estar relacionadas à insegurança quanto à indicação dessa prática. Diferentemente do que se acredita, o atendimento odontológico pode ser realizado em qualquer período da gestação, porque o estresse gerado pela dor e o risco de disseminação de uma infecção não tratada podem trazer bem mais prejuízos para a mãe e ao feto. Somado ao fato de que a septicemia é considerada teratogênica e pode ser apontada como uma das causas, em potencial, do aborto espontâneo (TIRELLI *et al.*, 1999; SILVA; STUANI; QUEIROZ, 2006; CODATO; NAKAMA; MELCHIOR, 2008).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p. 16-17) preconiza que:

- O primeiro trimestre é o período menos adequado para o tratamento odontológico (principais transformações embriológicas). Além disso, a maioria das pacientes pode apresentar indisposição, enjoos matutinos e náuseas à menor provocação. Neste período, devem-se evitar principalmente tomadas radiográficas;
- O segundo trimestre é o período mais adequado para a realização de intervenções clínicas e procedimentos odontológicos essenciais, sempre de acordo com as indicações. Durante este período a organogênese está completa e o feto já desenvolvido. A mãe se sente mais confortável que durante os estágios iniciais ou finais da sua gravidez. Existe apenas o período de hipotensão postural se a paciente é tratada na posição supina e houver uma mudança brusca para a posição em pé;
- O terceiro trimestre é um momento em que há maior risco de síncope, hipertensão e anemia. É frequente o desconforto na cadeira odontológica, podendo ocorrer hipotensão postural. É prudente evitar tratamento odontológico nesse período;
- As urgências devem ser atendidas, observando-se os cuidados indicados em cada período da gestação.

Moimaz (2011) sugeriu os temas abordados nas reuniões com gestantes, que versam sobre pré-natal, parto normal e cesária, alterações fisiológicas na gestação, mitos e tabus que envolvem o tratamento odontológico, cuidados com o bebê, amamentação e temas ligados à odontologia.

Os dentes decíduos começam a se formar a partir da sexta semana de vida intrauterina e os dentes permanentes a partir do quinto mês de vida intrauterina. Por isto, os seguintes fatores podem acarretar problemas nos dentes dos bebês: o uso de medicamentos, a ocorrência de infecções e deficiências nutricionais, entre outros (BRASIL, 2006).

Uma deficiência protéico-energética ou de outros nutrientes essenciais, durante a fase de desenvolvimento dental, sugere maior susceptibilidade à cárie,

retardo na irrupção, alterações das estruturas de suporte e nas glândulas salivares (SANTOS-PINTO *et al.*, 2001).

Além da dieta da mãe influenciar na formação da dentição, interfere na formação do paladar (MIRANDA; MAIA; VALE, 2004, p. 15):

O atendimento visa, também, orientar a futura mãe em relação a vários aspectos de extrema importância, principalmente de como manter a saúde bucal do bebê:

- Como manter uma gestação tranquila do ponto de vista odontológico;
- Preparo do seio para amamentação;
- Orientações bucais em relação ao futuro bebê;
- Comprar chupeta, mamadeira e outros acessórios corretamente, e quando usá-los;
- Principais problemas bucais da primeira infância;
- Fases de desenvolvimento dos dentes e do paladar do bebê;
- Dieta para gestante e bebê;
- Aleitamento materno;
- Hábitos de alimentação noturna;
- Alimentação artificial;
- Hábitos do futuro bebê (chupeta, mamadeira, chupar o dedo, etc.)
- Cronograma das consultas odontológicas do bebê;
- Conhecimento a respeito da possibilidade de transmissão bacteriana entre mães e filhos;
- Mostrar às mães sobre sua capacidade de evitar a doença cárie em seus filhos;
- Mostrar os serviços de saúde odontológicos que estão preparados para recebê-las e à sua família;
- Desmitificar os mitos que são gerados ao assunto (tratamento odontológico/ gestação);
- O uso adequado do flúor
- E outros assuntos que se fizerem necessários.

## 5.6 Atendimento Multiprofissional

Segundo Faria (1996), a pesar de as gestantes representarem um grupo especial de risco, pouquíssimos serviços de saúde que realizam pré-natal consideram a saúde bucal das gestantes inalienável da saúde geral. Esse mesmo autor relata ainda que, médicos, enfermeiras e dentistas ainda não se conscientizaram da necessidade de integração interdisciplinar.

Petry e Pretto (1997) relatam que a falta de entrosamento da ESB com os médicos ginecologistas e com toda a equipe responsável pelo acompanhamento da

gestante no pré-natal, compreende, nos dias de hoje, uma falha insustentável, sobretudo na ESF, onde a integração da equipe é fundamental para que se consiga realizar um trabalho efetivo de prevenção, cura, promoção de saúde e melhoria da qualidade de vida.

Muitos são os profissionais da área de saúde envolvidos com o atendimento na infância. Entretanto, sem dúvida, é o médico pediatra o primeiro a ter e manter contato com a criança desde o nascimento. Sua posição ímpar lhe confere muitas tarefas e responsabilidades: orientar, instruir, responder, instituir, encaminhar e informar aos pais sobre hábitos, atitudes e condutas para uma vida saudável (OLIVEIRA, 2002).

Segundo Costa *et al.* (2002) a participação e a integração do cirurgião dentista na equipe do pré-natal, proporcionará uma melhor assistência, mais consciente e mais segura, levando a um maior conforto no atendimento odontológico à gestante com caráter preventivo, educativo e curativo.

A gestação é um acontecimento fisiológico, com alterações orgânicas naturais, mas que impõe aos profissionais de saúde a necessidade de conhecimentos para uma abordagem diferenciada. O estado de saúde bucal apresentado durante a gestação tem relação com a saúde geral da gestante e pode influenciar na saúde geral e bucal do bebê, por isso os profissionais de saúde bucal devem trabalhar de forma integrada com os demais profissionais da equipe de saúde e, no que diz respeito à gestante, trabalhar em constante interação com os profissionais responsáveis pelo seu atendimento (BRASIL, 2006, p. 09).

A gravidez é um período em que a mulher procura com frequência profissionais de saúde, estabelecendo assim um forte vínculo entre o binômio gestante/bebê (MOURA *et al.*, 2001). Ela está mais motivada, interessada em receber informações que venham a beneficiar seu filho em formação, bem como à incorporação de novas atitudes e comportamentos (MIRANDA; MAIA; VALE, 2004; MELO *et al.*, 2007). A mãe tem um papel-chave no seio familiar e quando bem instruída, pode levar adiante os ensinamentos adquiridos. As gestantes devem ser motivadas a adquirir e transmitir hábitos saudáveis em relação à higiene bucal e à dieta, como também a evitar a instalação de hábitos de sucção não nutritivos (MOURA *et al.*, 2001).

Para Konishi (2002) os médicos ginecologistas são os profissionais que estão constantemente em contato com as gestantes e exercem um grande poder de influência sobre as mesmas.

Existe uma dificuldade de levar as gestantes ao dentista. Vê-se necessário então, o desenvolvimento de ações de conscientização de médicos ginecologistas/obstetras e pediatras no intuito de levar a gestante ao pré-natal odontológico.

Costa (2000) mapeou as representações sociais que permeiam a atenção odontológica à gestante durante a gravidez, do ponto de vista médico, odontológico e da própria gestante, em Natal (RN). A pesquisa do tipo quantitativa - qualitativa coletou dados entre grupos mistos de gestantes, médicos e dentistas para analisar as práticas de atendimento, os modos de tratamento, descrições sobre o atendimento e concepções sobre o atendimento. Costa (2000, p. 159) constatou que:

- Os dentistas constituem o grupo que tem mais preconceitos com relação ao tratamento odontológico no período gestacional e que sua maior preocupação é para com o atendimento clínico das gestantes;
- Os médicos têm uma preocupação mais premente com a prevenção; que todos os três grupos possuíam uma baixa expectativa quanto à educação no período pré-natal;
- O atendimento odontológico gera mais imagens negativas do que positivas;
- Apontam-se como necessárias a atualização de conhecimentos e a integração entre os profissionais;
- O trabalho educativo em saúde bucal direcionado às gestantes para “desmistificar” a assistência odontológica durante a gestação;
- A reestruturação e institucionalização dessa assistência, com consultas atreladas às do pré-natal.

De acordo com Imperato e Echeverria (2002), a gestante traz consigo um preconceito enorme em relação ao tratamento odontológico. O mito de que seus dentes vão “estragar” e sua gengiva sangrar, assim como, os relatos de que os medicamentos usados pelo cirurgião-dentista podem ser deletérios para a saúde do bebê estão incutidos de maneira muito forte na nossa sociedade. Segundo os mesmos autores, a causa dessa desinformação pode ser atribuída aos profissionais de saúde que, por muito tempo, acreditaram nessas ideias e não tiveram a preocupação de encaminhar as gestantes para uma avaliação odontológica. Entretanto, essa avaliação é fundamental para a saúde da gestante e também do

seu filho, uma vez que dados da literatura mostram que uma infecção periodontal pode ser responsável por um parto pré-maturo e pelo nascimento de bebês com baixo peso (OFFENBACHER *et al.*, 1996).

## 6 PLANO DE AÇÃO

### 6.1 Identificação do Problema

A proposta de intervenção, o plano de ação, foi fundamentada no diagnóstico situacional, pelo método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), identificando o problema e a necessidade que há que este seja solucionado, no qual verificou-se a grande demanda por tratamento odontológico curativo, ocasionado por doenças bucais como a cárie e problemas periodontais. Sendo que estes, quando não tratados, levam à perdas dentárias, motivo pelo qual ainda há muitos desdentados no país.

### 6.2 Priorização do Problema

Trabalhar com a promoção e educação em saúde e a prevenção das doenças são meios de evitar não só problemas bucais como também de saúde geral. Assim, a priorização deste problema será de grande eficácia também para os outros existentes na população, como a Hipertensão Arterial, o Diabetes, a Deficiências, o Alcoolismo, o Tabagismo, dentre outros.

**Quadro 6.1:** Classificação das prioridades para os problemas identificados no Diagnóstico

<b><u>PSF Dr. Mardone Balduino Rezende</u></b>				
<b>Principais Problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de Enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
Prevalência de hipertensão arterial	Alta	8	Parcial	1
Prevalência de Diabetes	Alta	8	Parcial	2
Problemas Bucais	Alta	8	Parcial	3
Falta de visita	Alta	6	Parcial	4

domiciliar do médico				
Alcoolismo	Alta	6	Parcial	5
Falta de opções de lazer	Alta	6	Parcial	6
Grande demanda de pessoas na unidade	Alta	5	Parcial	7
Baixo número de consulta médicas	Alta	5	Parcial	8

**Fonte:** Autoria Própria (2014).

### 6.3 Descrição e Explicação do Problema

Existem grandes e graves problemas de saúde bucal, onde a cárie e os problemas periodontais estão levando à população ao edentulismo.

O problema está na falha das políticas públicas existentes que exigem do paciente o autocuidado, à prevenção das doenças bucais. Está nos profissionais que deveriam estar envolvidos, como uma equipe, para promover a saúde da população.

Assim, a alta prevalência de problemas bucais requer uma intervenção rápida e eficaz. A promoção e educação em saúde e a prevenção são opções que, apesar de precisar do empenho da equipe, é uma forma fácil e de baixo custo. E quando iniciada nas gestantes se torna mais relevante.

### 6.4 Seleção de Nós Críticos

Para Campos, Faria e Santos (2010), nó crítico é “um tipo de causa de um problema que, quando ‘atacada’, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo”. Além disso, traz a concepção de algo sobre o qual se pode intervir, ou seja, está sobre a governabilidade da equipe.

Os nós críticos identificados são:

- ✓ Hábitos e estilo de vida
- ✓ Nível de informação.

- ✓ Processo de trabalho da equipe de saúde e políticas públicas de saúde.
- ✓ Estrutura dos serviços de saúde.

**Quadro 6.2:** Relação de causas para o nó crítico destacado acima

	<b>Causas Relacionadas</b>
<b>01</b>	Falta de efetiva atuação dos Profissionais de Saúde Bucal dentro da equipe do PSF
<b>02</b>	Pequeno número de Profissionais de Saúde Bucal
<b>03</b>	Estrutura dos Serviços de Saúde
<b>04</b>	Falta de recursos motivadores

**Fonte:** Aatoria Própria (2014).

### 6.5 Desenho das Operações

Para atuar em um problema são desenvolvidas ações que possam modificá-lo. São traçadas operações afim de agir sobre os nós críticos, as quais foram planejadas, assim teremos uma maior efetividade e qualidade das ações.

Uma operação compreende um conjunto de ações destinadas a alterar um ou vários nó críticos do problema. Toda a operação – OP – depende de ações que estão na área de governabilidade do ator. [...] Cada operação deverá ter um responsável por sua execução (SAVASSI; DIAS, 2007, p.18).

**Quadro 6.3:** Operações para os “nós” críticos dos problemas de Saúde Bucal

NÓ CRÍTICO	OPERAÇÃO/PROJETO	RESULTADOS ESPERADOS	PRODUTOS ESPERADOS	RECURSOS NECESSARIOS
Hábitos e estilo de vida	MAIS SAÚDE BUCAL Modificar hábitos e estilos de vida.	Reduzir os índices de cárie e de doença periodontal	Campanha educativa na rádio local	Organizacional – para organizar as campanhas de prevenção; Cognitivo – informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político – conseguir o espaço na rádio local,

				<p>mobilização social;</p> <p>Financeiro – para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.</p>
Nível de informação	SABER + Melhor informação sobre o problema às gestantes	Gestantes e família bem informados sobre o problema	Campanhas em rádio local; palestras; capacitação dos ACS e de cuidadores	<p>Organizacional – para organizar agenda;</p> <p>Cognitivo – informação sobre o tema e estratégias de comunicação e pedagógicas;</p> <p>Político – articulação intersetorial, mobilização social;</p>
Estrutura dos serviços de saúde	MAIS SAÚDE Melhorar a estrutura dos serviços de saúde.	Garantia de Pré – Natal Odontológico à todas gestantes.	Facilidades para consultas;	<p>Políticos – decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço;</p> <p>Financeiro – aumento da oferta de recursos humanos e físicos</p> <p>Cognitivo – elaboração do projeto de adequação.</p>
Processo de trabalho da equipe de saúde	Pré – Natal Odontológico: Acompanhamento das gestantes	Atendimento à todas gestantes	Linha de cuidados para gestantes; seguir protocolos; capacitar recursos humanos.	<p>Cognitivo – elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos;</p> <p>Políticos – articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais;</p> <p>Organizacional – adequação de fluxos (referência e contrarreferência)</p>

## 6.6 Identificação de Recursos Críticos

Uma das ações de análise da viabilidade das operações contempla a identificação dos recursos críticos, os atores que os controlam e seu grau de motivação para a realização dessas ações. Esses fatores estão representados abaixo (Quadro 6.4).

**Quadro 6.4:** Recursos Críticos

NÓ CRÍTICO	RECURSOS NECESSARIOS
MAIS SAÚDE BUCAL	Organizacional – para organizar as campanhas de prevenção; Cognitivo – informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político – conseguir o espaço na rádio local, mobilização social; Financeiro – para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
SABER +	Organizacional – para organizar agenda; Cognitivo – informação sobre o tema e estratégias de comunicação e pedagógicas; Político – articulação intersetorial, mobilização social;
MAIS SAÚDE	Políticos – decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiro – aumento da oferta de recursos humanos e físicos Cognitivo – elaboração do projeto de adequação.
PRÉ – NATAL ODONTOLÓGICO	Cognitivo – elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos; Políticos – articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.

**Fonte:** Aatoria Própria (2014).

## 6.7 Plano Operativo

O Plano Operativo mostra de forma prática, as ações necessárias para alcançar os objetivos propostos, os responsáveis por elas e o prazo definido para execução (Quadro 6.5).

**Quadro 6.5:** Operação do Plano

<b>Operação / Projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Ações estratégicas</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Prazo</b>
<b>MAIS SAÚDE BUCAL</b> Modificar hábitos e estilos de vida.	Diminuir em 100% o risco de cárie em crianças a partir da iniciação do projeto com as gestantes;	Programa de prevenção da cárie; Programa Saúde na Escola;	Apresentação do projeto	Equipes de Saúde da Família.	Início imediato
<b>SABER +</b> Melhor informação sobre o problema às gestantes	Manter as gestantes informadas sobre sua saúde bucal e de sua família	Grupo operativo de gestantes; Programa Saúde na Escola; Capacitação das ACS; Capacitação de monitores de creche e educadores; Campanha educativa na rádio local;	Apresentação do projeto	Equipe de Saúde Bucal; ACS.	2 meses para o início das atividades
<b>MAIS SAÚDE</b> Melhorar a estrutura dos serviços de saúde.	Redução do índice de cárie em crianças; Aumentar o acesso à escova, pasta dental e fio dental; Aumentar o acesso ao tratamento odontológico.	Aquisição dos Kits de higiene bucal com frequência para uma oferta constante; Capacitação profissional; Contratação de mais profissionais	Apresentação de projeto  Estruturar a rede; Orientação de Higiene Bucal e Escovação Supervisionada nas escolas e creches;	Equipe de Saúde Bucal	Início das atividades em 4 meses

<p><b>Pré – Natal</b> <b>Odontológico</b> Acompanhamento das gestantes</p>	<p>Gestantes com saúde bucal; Gestantes sem parto prematuro e de baixo peso devido à problemas periodontais;</p>	<p>Grupo operativo de gestantes; Capacitação de todos os profissionais que atuam com gestantes;</p>	<p>Demanda programada das gestantes para atendimento odontológico</p>	<p>Secretaria de Saúde do Município</p>	<p>Início imediato</p>
------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------	------------------------

**Fonte:** Autoria Própria (2014).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Hoje em dia são muitas as políticas públicas que auxiliam a população, muitas dessas, especificamente, são de saúde bucal, como o Brasil Sorridente, que como mostrou o SB Brasil (2010) podemos constatar seu sucesso, devido aos dados encontrados, verificando-se a melhora da situação da saúde bucal da população.

Baseado no paradigma da Promoção de Saúde conceituado na Carta de Ottawa é o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (WHO, 1986, p.1).

Assim, a necessidade de um programa que auxilie aos profissionais envolvidos, visto que com um planejamento adequado, os objetivos serão alcançados, e a população beneficiada.

Nesse sentido vem-se ampliando o conceito da Odontologia Intrauterina, ou Pré-Natal Odontológico, que se caracteriza pelo acompanhamento odontológico da gestante durante toda a gravidez.

Dentro desta concepção, da importância do acompanhamento da gestante, do Pré-Natal Odontológico, é fundamental o envolvimento de toda a Equipe de Saúde da família, o que refletirá em uma melhor qualidade do atendimento e os objetivos propostos atingidos com maior facilidade.

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

- O desenvolvimento de ações de prevenção no âmbito coletivo e em diferentes ambientes como unidades de saúde, juntamente com a educação e a promoção as saúde se mostrarão efetivos na obtenção dos objetivos propostos;
- A gestação é um momento ideal para iniciar a educação da saúde, por esse ser um momento importante na vida da mulher, o qual ela se encontra bastante receptiva a informações relacionadas ao futuro filho e à transformações de comportamentos pessoais e familiares;
- A alta prevalência de cárie em bebês, demonstrada em uma série de estudos esclarecem sobre a necessidade de programas voltados para a promoção de saúde na primeira infância, que visem manter a saúde bucal dessas crianças;

- O atendimento ao bebê e, conseqüentemente, a educação e motivação dos pais em relação à saúde bucal é a forma mais prática, simples, eficaz e de baixo custo para se realizar programas de saúde pública;
- Conscientizar as gestantes da importância de desenvolver hábitos de higiene bucal saudáveis, uma alimentação equilibrada e a necessidade do acompanhamento pelo dentista durante a gestação, fornecendo ferramentas necessárias, para que essas mulheres possam manter uma rotina que lhes propicie a saúde da boca;
- A educação em grupos tem um poder multiplicador do que se deseja ensinar, muito maior que o processo pessoa-pessoa, mas depende da habilidade do educador em motivar o grupo e da existência de um interesse comum à maioria;
- Reforçar hábitos simples, e que são fundamentais para se manter uma boa saúde bucal. Tais como reduzir o consumo e frequência dos alimentos e bebidas açucaradas, limpar os dentes com creme dental fluoretado, procurar tratamento e orientações regularmente e bem cedo, e abastecer a população com água fluoretada;
- Deve-se desmistificar o tratamento odontológico na gravidez;
- Esclarecer as dúvidas sobre a possibilidade de atenção odontológica durante o período gestacional;
- O conhecimento da área de abrangência onde se atua é de fundamental importância, pois é mais fácil se planejar as ações quando se conhece a realidade de determinada população;
- Toda a equipe de saúde juntamente com a população deve ser mobilizada para que a implantação do plano de intervenção proposto consiga resultados favoráveis;
- Mudanças de hábitos alimentares e de higiene bucal são necessários para a manutenção da saúde bucal e controle da cárie dentária em crianças;
- Investimentos em recursos humanos para compor a ESB (contratação de mais dentistas e, pelo menos, uma TSB) para que se tenha um atendimento mais humanizado e mais resolutivo;
- Ações intersetoriais são de extrema importância para que sejam somados esforços para se enfrentar os problemas a serem solucionados;

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

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

## REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO, F. B.; FIGUEIREDO, M. C. Promoção de saúde em Odontopediatria. In: KRIGER, L. (Org.). **Promoção de saúde bucal**. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999. p. 285-348.
2. BARATIERI, L. N. *et al.* **Dentística: Procedimentos Preventivos e restauradores**. Rio de Janeiro: Livraria Editora Santos, 1989.
3. BARATIERI, L. N. *et al.* **Odontologia Restauradora: Fundamentos e Possibilidades**. 6. ed. São Paulo: Editora Santos, 2007.
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, 2001.
5. BLINKHORN, A. S. Dental preventive advice for pregnant and nursing mothers – sociological implications. **Int. Dent. J.**, v. 31, n. 1, p. 14-22, Mar. 1981.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha Brasil Sorridente, a saúde bucal levada a sério**. Brasília, 2010.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica, Série A. **Normas e manuais técnicos, Caderno de Atenção Básica n. 17, Saúde Bucal**. Brasília, 2006.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais/ Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 116 p.
10. BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.163-177, 2000.
11. CADEMARTORI, M. G. *et al.* Implantação de um programa de pré-natal odontológico em uma unidade de estratégia de saúde da família do município de São José do Norte/RS. **XIV ENPOS**, 2012.
12. CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública** [online]. v. 31, n.2, p. 209-213, 1997.
13. CODATO, L. A. B.; NAKAMA, L.; MELCHIOR, R. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 3, p. 1075-1080, 2008.
14. CARDOSO, R. J. A.; GONÇALVES, E. A. N. **Odontopediatria e prevenção**. Porto Alegre: Artmed. v. 4. p. 155-159, 2002.
15. CASAMASSIMO, P. S. Maternal oral health. **Dent. Clin. North. Am.**, [Philadelphia], v.45, n.3, p. 469-478, Jul. 2001.
16. COSTA, I. C. C. *et al.* A gestante como agente multiplicador de saúde. **R.P.G**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 87-92, abr./jun. 1998.
17. COSTA, I. C. C. **Atenção odontológica à gestante na triangulação médico-dentista-paciente: os (des) caminhos desse cotidiano**. 2000. 210 f. Tese

- (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social) - Faculdade de Odontologia, Campus de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Araçatuba.
18. COSTA, I. C. C.; SALIBA, O.; MOREIRA, A. S. P. Atenção odontológica à gestante na concepção médico-dentista-paciente: representações sociais dessa interação. **Revista Pós-Graduação**, v.9, n. 3, p. 232-243, Jul/set. 2002.
  19. CUNHA, R. F. *et al.* Dentistry for babies: A preventive protocol. **Journal of Dentistry for Children**, 67, 2: 89-92, 2000.
  20. CZERESNIA, D. F. C. M., **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2011. 229p.
  21. DIAS, A. C. G. *et al.* Aspectos nutricionais relacionados à prevenção de cáries na infância. **Clipe Odonto**. v. 3, n. 1, p. 37-44, 2011.
  22. DOCKHORN, D. M. **Escolaridade, condições socioeconômicas e saúde bucal: relação entre mães e filhos.** 2000. 165 f. Dissertação (Mestrado em Dentística Restauradora) – Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2000.
  23. FARIA, C. F. **Programas odontológicos durante a gravidez e o impacto na saúde bucal do bebê.** Araraquara, 1996. 55 p. (monografia apresentada à Associação Paulista de Cirurgião Dentista – Escola de Aperfeiçoamento profissional, Regional Araraquara, para obtenção do Título de Especialista em Odontopediatria.
  24. FARIA, C. F.; OLIVEIRA, C. M. R.; PORDEUS, I. A. Avaliação de conhecimentos e atitudes relacionados à prevenção em Odontopediatria: um estudo com gestantes, mães e profissionais da área médica. Parte I. **Arq. Odontol.**, Belo Horizonte, v. 33, n. 2, p. 121-132, jul./dez. 1997.
  25. FERREIRA, M. A. F.; RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. **Saúde Bucal Coletiva.** Natal, Edufrn, 2004. p.163-174.
  26. FINKLER, M. *et al.* Gestantes e Saúde Bucal: Um Estudo De Representação Social. **Revista Ciências da Saúde, Florianópolis**, v. 24 n.1/2, p. 10-18, jan./dez. 2005.
  27. FLORIANÓPOLIS, Secretaria Municipal de Saúde, Diretor do Departamento de Saúde Pública, **Protocolo de Atenção à Saúde Bucal.** Florianópolis (SC), 2006.
  28. FLÓRIO, F. M.; GONÇALVES, R. B. Ecologia microbiana da cavidade bucal. In: PEREIRA, A.C. **Odontologia em Saúde Coletiva: Planejando ações e promovendo a saúde.** Porto Alegre: Editora ArtMed, p. 207-214, 2003.
  29. FRAIZ, F. C. *et al.* Study of the factors associated with dental caries in children who received early dental care. **Pesquisa Odontológica Brasileira.** São Paulo, v. 5, n.3, p. 201-207, jul./set. 2001.
  30. GARBOZA, C. S.; WALTER, L. R. F.; 1997. Estudo da prevalência de cárie numa população de 0 a 5 anos atendida precocemente pela Bebê Clínica da Universidade Estadual de Londrina. **Semina.** 18: 51-54. Edição especial.
  31. HABIBIAN, M. *et at.* Dietary habits and dental health over the first 18 months of life. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v.29, n.4, p. 239-246, 2001.
  32. HOROWITZ, A.; Seminário Internacional "Saúde bucal para todos". **ABOPREV**, p. 8-9. [s/l].1994.
  33. HYSSALA, L. *et al.* Dental health behavior in fathers of young families in Finland. **Community Dentistry and Oral Epidemiology.** v.20, n.3, p. 125-129.

34. IMPARATO, P. C. J e ECHEVERRIA, S. A Gestante no Contexto do Atendimento Odontológico. **J. Brás. Odontopediatria, Odontol. Bebê**. Campinas, v. 5, n.23, jan/fev. 2002.
35. IMPARATO, P. C. J e ECHEVERRIA, S. A Gestante no Contexto do Atendimento Odontológico. **J. Brás. Odontopediatria, Odontol. Bebê**. Campinas, v. 5, n.23, jan/fev. 2002.
36. ISMAIL, A. I.; 1998. Prevention of early childhood caries. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, 26, 1: 49-61.
37. KONISHI, F.; KONISHI, R. Odontologia intrauterina: um novo modelo de construção de saúde bucal. In: CARDOSO, A. J. R. **Odontopediatria: Prevenção**. São Paulo: Artes Médicas; 2002. p.155-165.
38. KONISHI, F. Orientações odontológicas para gestantes. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas: APCD**, v. 49, n. 1, jan./fev., p. 44-47, 1995.
39. KUHN, E. **Promoção da saúde bucal em bebês participantes de um programa educativo-preventivo na cidade de Ponta-Grossa-PR**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002. 77 p.
40. LOSSO, E. M. *et al.* Cárie precoce e severa na infância: uma abordagem integral. **J. Pediatr. (Rio J.)** [online]. v. 85, n. 4, p. 295-300, 2009.
41. MAEDA, F. H. I.; TOLEDO, L. P.; PANDOLFI, M. A visão das gestantes quanto às condutas odontológicas na cidade de Franca (SP). **Res. Odontol. Vitória**, [Vitória], v. 3, n. 2, p. 8-14, jul./dez. 2001.
42. MALTZ, M.; SILVA, B. B. Relação entre carie, gengivite e fluorose e nível socioeconômicos em escolares. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 2, p. 170-176, 2001.
43. MELO, N. S. F. O. *et. al.* Hábitos alimentares e de higiene oral influenciando a saúde bucal da gestante. **Cogitare Enfermagem**: revista do Departamento de Enfermagem da UFPR, v. 12, n. 2, abr./jun., p. 189-197, 2007.
44. MILLER, M. C.; TRUHE, T. F. Preventive dentistry for pediatric patients. **Califórnia Dental Association Journal**. v. 2, p. 42-44, 1995.
45. MILIO, N.; KATZ. M. Promoting health through public policy. **Journal of Health Politics Policy and Law**, v.8, n.1, p. 176-177, 1983.
46. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Bucal**. Saúde Bucal – Atenção Primária. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006, 290 p.
47. MIRANDA, K. C. L.; BARROSO, M. G. T. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em Enfermagem. **Rev. Latino-am Enfermagem**; v.12, n.4. p. 631-635, 2004.
48. MIRANDA, G. E.; MAIA, F. B. F.; VALE, M. P. P. A Atuação dos cirurgiões-dentistas de Belo Horizonte, frente à orientação da gestante, em relação à saúde bucal de seu bebê. **Arquivos em odontologia**, v. 40, n. 4, out./dez., p. 329-339, 2004.
49. MOIMAZ, S. A. S. *et al.* Resultados de dez anos do Programa de Atenção Odontológica à Gestante. **Rev. Ciênc. Ext.** v.7, n.1, p.44, 2011.
50. MOURA, L. F. A. D. *et. al.* Apresentação do Programa Preventivo para gestantes e bebês. **Jornal brasileiro de Odontopediatria & odontologia do bebê: JBP**, v. 4, n. 17, jan./fev., p. 10-14, 2001.
51. NADANOVSKY, P.; Promoção da saúde e a prevenção das doenças bucais. In: **Saúde Bucal Coletiva (V.G. Pinto)**. São Paulo: Editora Santos. 2000, p. 293-310.

52. NADANOVSKY, P.; O declínio da cárie. In: **Saúde Bucal Coletiva (V.G. Pinto)**. São Paulo: Editora Santos. 2000, p. 341-349.
53. NOWAK, A. J.; ANDERSON, J. L.; Preventive dentistry for children: a review from 1968-1988. **Journal of Dentistry for Children**, v. 57, n. 1, p. 31-37, 1990.
54. OLIVEIRA, J. **Atitudes dos médicos pediatras e de mães sobre a saúde bucal das crianças de 0-36 meses de idade em Florianópolis-SC**. 2002. 164 f. Tese (Doutorado em Odontologia) - Programa de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
55. OPS Organización Panamericana de la Salud. **Promoción de la salud: una antología**. Washington, D.C.1996.
56. PEREIRA, A. C. *et al.* **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 126-139.  
PERES, S. H. C. S. *et al.* Tratamento alternativo de controle da cárie dentária no período materno-infantil. **Rev. APCD**, v.55, n. 5, p. 346-351, 2001.
57. PETRY, P. C. e PRETTO, S. M. Educação e Motivação em Saúde Bucal. In: KRIGUER, L. ABOPREU: Promoção de Saúde Bucal. São Paulo: Artes Médicas, p. 363-370, 1997.
58. PINTO, V. G.; Educação em saúde bucal. In: **Saúde bucal coletiva (V. G. Pinto, org.)**, pp. 311-317, Livraria Editora Santos, 2000.
59. PORTILLO, J. A. C.; PAES, A. M. C. Auto-percepção de qualidade de vida relativa à Saúde Bucal. **Rev.Bras.Odont. Saúde Coletiva**, [Brasília], v. 1, n. 1, p. 75-88, 2000.
60. RIOS, D. *et al.* Atendimento odontológico para gestantes. **Rev. ABO Nac.** v. 14, p. 285-289, 2006.
61. RODRIGUES, E. M. G. O. **Promoção da saúde bucal na gestação: revisão da literatura**. Juiz de Fora: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora; 2002.
62. SANTOS-PINTO, L. *et al.* O que as gestantes conhecem sobre saúde bucal? **Jornal brasileiro de Odontopediatria & odontologia do bebê: JBP**, v. 4, n. 21, set./out. p. 429-434, 2001.
63. SAVASSI, L. C. M; DIAS, R. B. Planejamento de Ações na Equipe. **Grupo de Estudos em Saúde da Família (GESF)**, 2007. Disponível em:< <http://> > Acesso em: ago.2014.
64. SCAVUZZI, A. I. F.; ROCHA, M. C. S.; VIANNA, M. I. P. Percepção sobre atenção odontológica na gravidez. **Jornal brasileiro de Odontopediatria & odontologia do bebê: JBP**, v. 1, n. 4, out./dez, p. 43-50, 1998.
65. Infant and early childhood oral health care. 2, p. 34-35, 1997.
66. SILVA, S. R. Atendimento a gestante: 9 meses de espera? **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas: APCD**, v. 56, n. 2, mar./abr., p. 89-99, 2002.
67. SILVA, F. W. G. P.; STUANI, A. S.; QUEIROZ, A. M. Atendimento Odontológico à Gestante – Parte 2: Cuidados durante a consulta. **R. Fac. Odontol. Porto Alegre**, v. 47, n. 3, p.5-9, dez. 2006.
68. SOUSA, E. M.; MENEGHIM, M. C.; PEREIRA, A. C. Promoção da Saúde: uma estratégia para o fortalecimento das práticas em saúde bucal. **RFO**, v.12, n.2, p.20-26, maio/agosto 2007.

69. TIRELLI, M. C. *et al.* Odontologia e gravidez: período mais indicado para um tratamento odontológico programado em pacientes gestantes. **Revista odontológica da Universidade de Santo Amaro: Unisa**, v. 4, n. 1, jan./jun., p. 26-29, 1999.
70. TORRES, S. A. *et al.* Infection levels in pregnant women by mutans streptococci. **Rev. Odontol. Univ. São Paulo**, [São Paulo], v. 13, n. 3, p. 225-231, Jul. 1999.
71. VIEIRA, A. R.; AMORIM, M. R.; ORIOLI, I. M. Principais dúvidas de gestantes em relação à Odontologia. **J. Bras. Odontoped. Odont. Bebê**, Curitiba, v. 2, n. 5, p. 32-36, set. /out. 1999.
72. VOLPI, A. C. *et al.* Diretrizes da Saúde. Secretaria da Saúde de Curitiba. **Centro de Informação em Saúde**, Curitiba, 2012. 200 p.
73. WANNMACHER, L. Uso de fármacos durante a gestação e a lactação. In: WANNMACHER, L.; FERREIRA, M. B. **Farmacologia clínica para dentistas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. Cap. 38, p. 270-273.
74. WELGATCH, M. K. M.; SAMALEA, D. M. V. Atenção odontológica às gestantes na Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Divulgação Técnico-Científica do ICPG**. v.3, n.12, p.73-79, 2008.
75. WEYNESC, L. K.; HARARISG, O. P. Cariologia: implicações e aplicações clínicas. In: BARATIERI, L. N. (editor). **Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades**. São Paulo: Editora Santos; 2001. p.3-26.
76. WHO (World Health Organization), 1997. **Novos Protagonistas para uma Nova Era: Orientando a Promoção da Saúde no Século XXI**, Indonésia: WHO.
77. WHO (World Health Organization). **Geneve**, 1986. Disponível em:<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>> Acesso em: 08 Ago. 2014.
78. WYNE, A. *et al.* The prevalence and pattern of nursing caries in Saudi preschool children. **International Journal of Pediatric Dentistry**. v. 11, p. 361-364, 2001.