

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CÍNTIA VIEIRA DA ROSA

**CÁRIE PRECOCE NA INFÂNCIA: A IMPORTÂNCIA DO CUIDADO DE
ENFERMAGEM**

Porto Alegre

2012

CÍNTIA VIEIRA DA ROSA

**CÁRIE PRECOCE NA INFÂNCIA:
A IMPORTÂNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM**

Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof.^a Dra. Simone Algeri

Porto Alegre

2012

*Dedico este trabalho à pessoa que
sempre esteve ao meu lado e que daria
tudo por mim.*

*Àquela que me apoia, me consola e me dá
forças diariamente.*

Meu maior exemplo de ser humano.

*Quem me ensinou desde pequena o
verdadeiro sentido da palavra “cuidado”.*

*Este trabalho é dedicado à minha mãe,
Noemia Leone Goudinho Vieira!*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida, pois sem Ele nada seria possível.

Agradeço aos meus pais e meu irmão que sempre me acompanharam, me motivaram e me deram toda a força que precisei. Que compreenderam meus momentos de ausência durante a graduação. Aos seus bilhetinhos e palavras de incentivo durante a realização deste estudo.

Agradeço à pessoa que tornou esse trabalho possível, minha orientadora e, principalmente, amiga, Prof.^a Dra Simone Algeri, por todo carinho, dedicação e exemplo de profissional e ser humano.

Agradeço aos meus padrinhos por todo o apoio.

Aos meus amigos e namorado, pela preocupação, força, palavras de carinho, momentos de distração e risadas.

Às amigas que conquistei durante esta caminhada, pelo companheirismo e incentivo.

Agradeço por todo o carinho das minhas avós (*in memoriam*), e sei que continuam a me olhar de onde estão.

Enfim, a todos que, de alguma forma, me ajudaram a chegar até aqui, o meu **muito obrigada!**

***Porque Ele vive,
eu posso crer no amanhã!
Porque Ele vive,
temor não há...***

(Gloria Gaither E Willian J.
Gaither)

RESUMO

Contextualização: A cárie precoce na infância é a ocorrência de lesões de cárie dentária em crianças menores de cinco anos de idade. É um problema de saúde pública, apresentando alta prevalência na população infantil brasileira. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi identificar a atuação do Enfermeiro preconizada pela literatura em relação à Cárie Precoce na Infância nos diferentes níveis de atenção à Saúde. **Metodologia:** Este estudo foi realizado através de revisão integrativa, metodologia preconizada por Cooper (1982) que contempla a análise de várias pesquisas primárias sobre determinado assunto, estabelecendo análises comparativas entre as mesmas. O estudo contou com uma amostra de 13 artigos inseridos nas bases de dados LILACS, SCIELO e MEDLINE, publicados entre os anos de 2001 e 2011, nos idiomas português, inglês e espanhol. **Análise e interpretação dos resultados:** Nesta revisão integrativa identificou-se como resultados sobre a atuação do enfermeiro frente à cárie precoce na infância cinco fatores que se destacam, são eles: 1- A realização de higiene bucal regular com os métodos: remoção mecânica, uso de flúor, fio dental, clorexidina e xilitol; 2- Recomendações aos pais sobre alimentação, transmissão vertical, visita odontológica e uso de medicações; 3- Detecção precoce de sinais; 4- Educação em Saúde e 5- Dificuldades e limitações dos profissionais durante a realização das práticas de promoção e prevenção. **Considerações finais:** A atuação do enfermeiro em relação à cárie precoce na infância está associada aos fatores de risco para a doença. Assim, faz-se necessária que haja uma reflexão sobre a forma de cuidado desenvolvida. A conscientização e participação ativa dos profissionais de enfermagem na saúde bucal são fundamentais, fazendo com que o principal objetivo seja a promoção da saúde, que, necessariamente, deve passar pela sua própria formação profissional.

Descritores: cárie dentária, higiene bucal, enfermagem, criança, alimentação.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Resultado da distribuição dos artigos publicados entre 2001 e 2011, segundo descritores e bases de dados.....	23
Figura 1 – Seleção dos artigos nas bases de dados LILACS, SCIELO e MEDLINE.	24
Quadro 2 - Artigos que compõem a amostra do estudo.....	26
Quadro 3 - Classificação dos artigos incluídos na amostra quanto ao método de higiene oral orientado.....	28
Gráfico 1 - Distribuição dos artigos quanto ao método de higiene oral	29
Quadro 4 - Classificação dos artigos incluídos na amostra quanto às recomendações	36
Gráfico 2 - Distribuição dos artigos quanto às recomendações	36
Gráfico 3 - Distribuição dos artigos quanto às limitações dos profissionais	43
Quadro 5 – Dicas para a prevenção da cárie precoce na infância.....	47

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVO	11
3 REVISÃO DA LITERATURA	12
3.1 Saúde Bucal.....	12
3.2 Dentição e fisiologia da cárie	14
3.2.1 Dentição.....	14
3.2.2 Conceito e prevalência da cárie.....	15
3.2.3 Fisiologia da cárie	16
3.2.4 Etiologia e fatores de risco.....	17
3.3 Cuidados na promoção de saúde bucal.....	19
4 METODOLOGIA	22
4.1 Tipo de estudo.....	22
4.2 Formulação do problema.....	22
4.3 Coleta de dados.....	22
4.4 Avaliação dos dados.....	23
4.5 Análise e interpretação dos resultados.....	24
4.6 Apresentação dos resultados	25
4.7 Aspectos éticos.....	25
5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	26
5.1 Higiene bucal regular	27
5.1.1 Remoção mecânica do biofilme dental	29

5.1.2	Uso do flúor.....	31
5.1.3	Uso do fio dental	33
5.1.4	Uso de clorexidina.....	33
5.1.5	Xilitol	34
5.2	Recomendações aos pais e cuidadores.....	34
5.2.1	Alimentação	36
5.2.2	Transmissão vertical	38
5.2.3	Consulta odontológica.....	38
5.2.4	Uso de medicações.....	39
5.3	Detecção precoce de sinais	39
5.4	Educação em saúde	41
5.5	Limitações dos profissionais	43
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
	DICAS PARA PREVENÇÃO DA CÁRIE PRECOCE NA INFÂNCIA	47
	REFERÊNCIAS.....	48
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE ANÁLISE	52
	APÊNDICE B – QUADRO SINÓPTICO.....	53
	ANEXO I - CARTA DE APROVAÇÃO DA COMPESQ – EEUFRGS	54

1 INTRODUÇÃO

A cárie precoce na infância, também denominada cárie de mamadeira, é a ocorrência de lesões de cárie dentária em crianças menores de cinco anos de idade. É um problema de saúde pública que, no Brasil, atinge 27% das crianças de 18 a 36 meses de idade (BARROS, 2007), determinando dor, problemas nas funções de fala e mastigação, doenças sistêmicas e reflexos psicológicos. A prevalência brasileira de cárie aos cinco anos de idade é de 60%, revelando que a meta estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (ONU) para 2000 ainda não foi atingida, ou seja, 50% de crianças livres de cárie nesta faixa etária (FELDENS, 2008).

Segundo Cavalcanti *et al.* (2004), em pesquisa realizada em Campina Grande (Paraíba), 67,5% das mães entrevistadas nunca haviam recebido informações sobre higiene bucal do bebê e, dentre as mães que realizavam a higiene bucal, 73,8% a executavam de maneira inadequada.

De acordo com a Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004), as equipes de saúde bucal devem interagir com profissionais de outras áreas, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo e possibilitando a troca de saberes entre as equipes. A promoção de saúde bucal é um conceito amplo, que inclui políticas que oportunizem acesso à água tratada, incentivo à fluoretação das águas, uso de dentifício fluoretado e que assegurem a existência de cuidados odontológicos básicos. Os fatores de risco e de proteção a outros agravos devem ser abordados durante a promoção de saúde bucal. Além da alimentação saudável, com redução do consumo de açúcares e incentivo aos cuidados com a higiene bucal por parte dos profissionais de saúde.

A cárie de mamadeira é uma das doenças crônicas mais prevalentes durante a infância, portanto, faz-se necessário que os enfermeiros realizem um cuidado integral à criança, agindo por meio da prevenção, promoção e recuperação em saúde, coerente com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Estudos revelam que apenas 53,1% dos estudantes de enfermagem e 4,9% dos enfermeiros materno-infantis receberam informações sobre Odontologia para Bebê na faculdade (SILVA, 2007). Dados como estes identificam a falta de atenção à saúde bucal durante o processo de formação profissional.

Atualmente, tem sido recomendada a implementação de estratégias de prevenção, que devem se basear no conhecimento da etiologia da doença,

complexa e multifatorial, da qual participam variáveis socioeconômicas e comportamentais e microbiológicas (FELDENS, 2008).

A escolha do tema foi motivada durante a experiência vivenciada em estágio na Disciplina de Enfermagem no Cuidado à Criança, desenvolvida no primeiro semestre de 2011, na Unidade de Internação Pediátrica 10^o Norte do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Durante esse estágio percebi a dificuldade dos profissionais de enfermagem em realizar cuidados em saúde bucal, e até mesmo certa deficiência revelada pelos mesmos quando efetivavam esse cuidado. Nesse sentido, percebo a importância da atuação adequada do enfermeiro nesta área, principalmente no que tange a Educação e Saúde.

Assim, o estudo procurou fazer uma reflexão sobre a relevância do enfermeiro frente a essa problemática, atuando nos cuidados e na educação para saúde. Os dados deste estudo poderão servir de base para um projeto de extensão junto às unidades de internações pediátricas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com a finalidade de promover a saúde bucal das crianças e suas famílias.

2 OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo identificar a atuação do enfermeiro preconizada pela literatura em relação à Cárie Precoce na Infância nos diferentes níveis de atenção à Saúde.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Na revisão de literatura foram descritos, de forma mais detalhada, alguns temas diretamente relacionados à problemática do trabalho, para melhor conhecimento sobre o que tem sido estudado sobre este assunto.

3.1 Saúde Bucal

O conceito de qualidade de vida ampliou a visão do profissional de saúde sobre o cuidado. Sabe-se que somente tratar sinais e sintomas de uma doença não promove a saúde integral (FEITOSA; COLARES, 2003). O conceito de saúde é mais amplo e abrange mais que a condição biológica (médico-curativa), inclui também as características do meio físico e social em que se encontra o indivíduo e os grupos em sua totalidade. Sendo assim, a saúde é constituída pelas condições de vida, não somente relacionadas ao acesso aos serviços de saúde, mas a uma série de condicionantes e determinantes (RAMOS; MAIA, 1999). A saúde bucal como parte da saúde geral, relaciona-se também às condições de alimentação, educação, renda, saneamento, moradia, trabalho, lazer entre outros determinantes.

A grande prevalência da doença cárie em crianças no mundo inteiro aponta para a importância de estratégias de prevenção em saúde bucal na atenção primária à saúde. Os altos índices de cárie precoce refletem a precária saúde bucal em crianças de 0 a 4 anos de idade, contribuindo para o aumento do risco e progressão da doença na idade adulta (RAMOS; MAIA, 1999). Esses índices confirmam que ainda existe uma carência de informações e pouca prioridade dos governos em relação à saúde bucal dessa faixa etária.

A saúde bucal da criança está inserida no Programa de Saúde da Família (PSF), devendo ser responsabilidade de toda a equipe de saúde (LIMA; WATANABE; PALHA, 2006), incluindo pediatras, enfermeiros e agentes de saúde. Estes profissionais estão numa excelente posição para discutir o problema da cárie antes mesmo da primeira visita odontológica (FREIRE; MACÊDO; SILVA, 2000). Entretanto, as doenças bucais constituem um grande problema de saúde pública, principalmente em países subdesenvolvidos, não apenas por apresentar alta prevalência, mas também devido ao impacto que causam tanto em nível individual quanto em nível coletivo. Este fato refere-se aos desconfortos, dores, limitações

sociais e funcionais que afetam a qualidade de vida dos portadores de doenças bucais (RIBEIRO; OLIVEIRA; ROSENBLATT, 2005).

Existe uma dissociação do que se entende por higiene, bem como por saúde. Essa ausência do pensar na saúde bucal como parte integrante da higiene geral e o fato de não observar o paciente como um todo, ocorre em vários segmentos da área da saúde, e não apenas na enfermagem. Muitas vezes o paciente é fragmentado em sistemas, o que resulta em prejuízo no seu reestabelecimento integral e na sua qualidade de vida. A saúde bucal não deve ser negligenciada, visto que a cavidade oral, assim como qualquer área do corpo humano, pode converter-se em uma fonte de disseminação de microorganismos patogênicos capazes de comprometer saúde como um todo.

Uma saúde bucal precária acarreta em cáries e perdas dentais, doença periodontal, podendo levar a dor, dificuldades mastigatórias, problemas na função da fala, desordens gastrointestinais e problemas psicológicos (FELDENS *et al.*, 2010).

O Ministério da Saúde criou, em 2004, as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, que apresenta uma reorganização da atenção à saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo como meta à produção do cuidado, considerando o conceito de saúde centrado na promoção da boa qualidade de vida e redução dos fatores de risco, e não somente na assistência aos doentes.

Vários estudos epidemiológicos regionais têm sido desenvolvidos para determinar a prevalência e a necessidade de tratamento, planejamento e controle dos programas de saúde bucal. Estes estudos evidenciam a necessidade de acesso de crianças a programas de saúde bucal, principalmente no primeiro ano de vida, visando à prevenção e manutenção da saúde bucal.

A Odontologia para Bebês é uma tendência mundial de atenção odontológica que está sendo difundida atualmente devido à manifestação agressiva da cárie de mamadeira e sua acelerada progressão, podendo acarretar, inclusive, a destruição completa do dente num curto período. A filosofia se refere a uma abordagem educativa, preventiva e curativa para crianças em idade mais precoce. Como esta filosofia está centrada na educação e na prevenção, a conscientização dos pais é de suma importância, pois os hábitos em relação à saúde bucal e saúde geral adquiridos na primeira infância são levados para a vida toda (SILVA, 2007).

A primeira Bebê-Clínica do Brasil, inaugurada em 1986, na Universidade Estadual de Londrina (Paraná), demonstra que é possível reduzir em até 85% a

incidência de cáries em bebês. O primeiro atendimento, que antes era recomendado aos seis anos de idade, passou a ser aos seis meses de vida, com orientações aos pais e cuidadores. O conceito de saúde bucal passou a ser de promoção de saúde e não somente curativo (SILVA; SOUZA; TURA, 2006, SILVA, 2007).

Atualmente sabe-se que tudo o que é aprendido nos primeiros anos de vida, tanto em relação à saúde geral quanto à saúde bucal, fornece bases para uma boa saúde nas idades subsequentes (RODRIGUES; SCHALKA, 1996). Assim, quanto mais precocemente for iniciada a atenção à saúde bucal, mais fácil será o ato de impedir o estabelecimento de maus hábitos, que são os principais responsáveis pela ocorrência de cárie nos primeiros anos de vida. Com a evolução das técnicas odontológicas, o Ministério da Saúde, através do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, estabeleceu que o ideal é que a gestante receba orientações durante todo o período gestacional sobre a sua própria saúde bucal e de seu bebê (ZUANON; BENEDETTI, GUIMARÃES, 2008, RAMOS; MAIA, 1999).

3.2 Dentição e fisiologia da cárie

3.2.1 Dentição

A dentição decídua (primária) é caracterizada por um grupo de 20 dentes decíduos (dez para cada arcada), sendo quatro incisivos, dois caninos e quatro molares para cada arcada. Os dentes decíduos são formados entre 12 e 18 semanas de vida intra-uterina e erupcionam, em média, aos seis meses de vida, sendo que a dentição primária estará completa entre os 24 e 30 meses de idade. Raramente ocorre dente natal (presente no nascimento) ou dente neonatal (presente nos primeiros 30 dias de vida), que podem ser da série normal da dentição ou extranumérico. Os sinais da erupção são leve inchaço e gengiva abaulada, evidenciando as coroas dentárias, que estão próximas de irromperem na cavidade bucal. Outros sinais e sintomas descritos são dor, sialorréia, irritação gengival, febre, perda de apetite e irritabilidade. A erupção dentária é um processo fisiológico, portanto os sintomas não são intensos, desaparecendo logo. Os dentes permanentes são em número 16 para cada arcada e erupcionam em torno dos seis anos de idade (LIMA; WATANABE; PALHA, 2006, SILVA; SOUZA; TURA, 2006).

É exatamente na dentição primária que a cárie precoce apresenta sua maior prevalência, e seu controle deve ser prioridade, pois pode ocasionar má oclusão dos dentes permanentes, problemas fonéticos e redução da auto-estima, além de diminuir de maneira gradativa o ganho de peso da criança (RIBEIRO, N.M.E.; RIBEIRO, M.A.S., 2004).

3.2.2 Conceito e prevalência da cárie

A cárie precoce na infância é definida como a presença de uma ou mais lesões (cavidades ou não), perda dental (relacionadas à cárie) ou superfícies dentais restauradas, em qualquer dente decíduo, em crianças com até 71 meses de idade. Nas crianças menores que três anos de idade, qualquer sinal de cárie (com cavidade ou não) em superfície lisa é indicativo de cárie severa na infância. Também é considerado quadro de cárie severa na infância se, dos três aos cinco anos de idade, a criança apresenta quatro ou mais superfícies afetadas em dentes anteriores decíduos aos três anos, cinco ou mais superfícies aos quatro anos ou seis ou mais superfícies aos cinco anos de idade (RIBEIRO, N.M.E.; RIBEIRO, M.A.S., 2004, DAVIDOFF; ABDO; SILVA, 2005).

A cárie dentária e as doenças periodontais são as afecções de maior prevalência na cavidade bucal, podendo acometer também as crianças e, quando não tratadas de maneira correta, levar à perda precoce dos elementos dentais, resultando em atrasos nos desenvolvimento da fala, físico e psicológico (SILVA 2007, RIBEIRO, N.M.E.; RIBEIRO, M.A.S., 2004). Nas crianças, é cinco vezes mais frequente que a asma (segunda doença com maior prevalência). Nos países desenvolvidos sua prevalência pode variar de 1 a 12%, já nos países em desenvolvimento e subdesenvolvidos pode atingir até 70% da população (DAVIDOFF; ABDO; SILVA, 2005, LIMA; WATANABE; PALHA, 2006).

No Brasil, em 2003 foi realizado o Levantamento das Condições de Saúde Bucal da população Brasileira (SB Brasil), apontando que 27% das crianças de 18 a 36 meses e quase 60% das crianças de cinco anos de idade apresentavam pelo menos um dente cariado. Em média, uma criança brasileira de até três anos de idade já possui um dente com experiência de cárie, aos cinco anos este valor aumenta para quase três dentes. Apenas 40,6% das crianças aos cinco anos de

idade se apresentam livres de cárie (RIBEIRO, N.M.E.; RIBEIRO, M.A.S., 2004, LIMA; WATANABE; PALHA, 2006).

3.2.3 Fisiologia da cárie

As bactérias aderem a uma fina camada acelular composta por proteínas salivares, fosfoproteínas e lipídios que recobrem as superfícies dos dentes, chamada película adquirida. Forma-se, então, a película adquirida ao esmalte, a aderência microbiana inicial e a maturação da placa dental. A cárie, portanto, resulta da ação bacteriana sobre os carboidratos, causando a desmineralização da parte inorgânica do dente, e, posteriormente, a desintegração da parte orgânica do dente (WAMBIER *et al.*, 2004a).

Há um longo trajeto entre a ocorrência de perdas minerais incipientes e não visíveis clinicamente até a instalação das manchas brancas e surgimento das cavitações. O primeiro sinal clínico são as manchas brancas e opacas, que são áreas de desmineralização pela presença de biofilme dental. Após evolução, surgem cavidades com perda de estrutura dental que podem levar a destruição de toda coroa do dente. Nessa fase, somente o esmalte do dente é afetado e o tratamento consiste em mudança de hábitos alimentares, higiene bucal e aplicação tópica de flúor, voltando o esmalte a ser sadio. Se ocorrer o estágio mais avançado, com acometimento de dentina e áreas cavitadas, é necessário o tratamento restaurador (LIMA; WATANABE; PALHA, 2006).

Os incisivos superiores decíduos são os dentes mais afetados pela doença, pois são os primeiros a irromperem na cavidade bucal e estão mais expostos ao meio (CASTILHO; PIVA; GUIRADO, 2001, LIMA; WATANABE; PALHA, 2006).

É importante ressaltar que as consequências da cárie precoce vão além da dor e infecção. Os distúrbios alimentares são os mais frequentes, por essa razão, observa-se que crianças com cárie apresentam estatura e peso inferior do que crianças livres da doença (RIBEIRO, N.M.E.; RIBEIRO, M.A.S., 2004). Provavelmente essa alteração no padrão de crescimento está relacionada à diminuição do consumo de alimentos por causa da dor e progressão da doença.

3.2.4 Etiologia e fatores de risco

A cárie precoce na infância não é um fenômeno novo. Ao longo dos anos já recebeu várias nomenclaturas que auxiliam a compreender a etiologia múltipla envolvida, como cárie de mamadeira, cárie rampante na infância, cárie de amamentação, cárie do lactante e cárie do bebê, (DAVIDOFF; ABDO; SILVA, 2009).

A cárie precoce da infância é uma doença infecciosa, transmissível, multifatorial, desencadeada por três fatores: microorganismos cariogênicos, substratos fermentáveis (como a sacarose) e vulnerabilidade do hospedeiro (WAMBIER *et al.*, 2004a, RIBEIRO, N.M.E.; RIBEIRO, M.A.S., 2004, KNOB *et al.*, 2001).

Os principais organismos cariogênicos são os estreptococos do grupo mutans, especialmente o *Streptococcus mutans*. Esses patógenos não estão presentes na cavidade bucal do recém-nascido, sendo, portanto, a mãe a principal fonte de transmissão através da saliva ao limpar a chupeta com a boca, provar a comida da criança usando a mesma colher, beber no mesmo copo e dar beijo na boca do filho (RAMOS; MAIA, 1999). São descritas também transmissões horizontais em berçários e creches (RIBEIRO, N.M.E.; RIBEIRO, M.A.S., 2004).

O uso da chupeta acarreta em desvio na posição dos dentes, além de aumentar a ocorrência de *Candida albicans* e *Lactobacilos* na cavidade bucal, aumentando o risco da atividade de cárie (ZUANON; BENEDETTI; GUIMARÃES, 2008).

A dieta da criança tem papel importante para a saúde bucal. Entre os alimentos cariogênicos estão a sacarose, a glicose e a frutose, que são capazes de converter alimentos não-cariogênicos e anticariogênicos em cariogênicos. O uso frequente destes substratos constitui um fator de risco para a cárie (WAMBIER *et al.*, 2004a). Maciel *et al.* (2007) aponta que as evidências científicas demonstram que o efeito local pós-eruptivo da dieta é muito mais importante do que o efeito pré-eruptivo, confirmando que o açúcar é o elemento mais cariogênico da alimentação.

O leite materno exclusivo até os seis meses de vida é inegavelmente a melhor fonte de alimentação para a criança nesta idade, pois transmite anticorpos da mãe para o bebê, conferindo imunidade e proteção contra infecções. Além disso, fornece energia e nutrientes para o desenvolvimento e crescimento, e é imprescindível para o desenvolvimento psíquico e efetivo do bebê (FELDENS, 2008, ZUANON;

BENEDETTI; GUIMARÃES, 2008). Embora o leite humano possua maior concentração de lactose (o que o tornaria mais cariogênico) e menor teor de proteínas, sua cariogenicidade é menor que a do leite bovino devido à adição de sacarose ao leite bovino, o que o torna muito mais cariogênico (LIMA; WATANABE; PALHA, 2006, KNOB *et al.*, 2001).

O leite não é o único substrato cariogênico da dieta, outros líquidos, como achocolatados, suco de frutas, chás adoçados, leite fermentado e bebidas carbonatadas constituem um fator de risco para a doença (RAMOS; MAIA, 1999, KNOB *et al.*, 2001).

O surgimento da cárie também está associado ao tempo de exposição do dente com o açúcar. Sabe-se que alimentos fermentáveis induzem a queda de pH se permanecerem na cavidade bucal por um tempo de 5 a 15 minutos (SILVA; SOUZA; TURA, 2006). O hábito torna-se mais agravante quando os pais oferecem a mamadeira antes de dormir ou durante a noite, pois durante o sono o efeito protetor da saliva está ausente, visto que o fluxo salivar e o pH bucal são reduzidos, favorecendo a ação cariogênica, além da falta de higiene durante o sono. O ritmo lento de deglutição durante o sono associado à redução do fluxo salivar permite um contato permanente do leite com os dentes (RAMOS; MAIA, 1999).

Crianças que fazem uso contínuo de medicamentos por via oral também estão mais propensas a desenvolver a doença, principalmente se inexistir higiene bucal após a administração dos mesmos. A maioria dos medicamentos pediátricos inclui sacarose na sua fórmula, para tornar o sabor mais agradável para as crianças. Evidências mostram que há associação entre a presença de cárie precoce e a ingestão de medicamentos à base de sacarose, principalmente naquelas crianças que apresentam doenças crônicas e fazem uso repetido de medicações (LIMA; WATANABE; PALHA, 2006). Alguns dos medicamentos que reduzem a secreção salivar são os descongestionantes, antialérgicos, ansiolíticos, expectorantes e diuréticos (KNOB *et al.*, 2001, RIBEIRO, N.M.E.; RIBEIRO, M.A.S., 2004).

Em relação à suscetibilidade do hospedeiro, crianças com maior risco de cárie são aquelas de baixo nível socioeconômico, de minorias étnicas e raciais, filhos de mães solteiras e de pais com menor escolaridade (DAVIDOFF; ABDO; SILVA, 2005, RIBEIRO, N.M.E.; RIBEIRO, M.A.S., 2004).

Horowitz (1998¹ citado por RIBEIRO; OLIVEIRA; ROSENBLATT, 2007) e Ribeiro, N.M.E. e Ribeiro, M.A.S. (2004) discutem a hipótese de que há uma relação entre recém-nascidos prematuros, crianças com baixo peso ao nascerem, crianças desnutridas e crianças que apresentaram complicações pré-natais ou traumas durante o nascimento. Assim, crianças com esses históricos tendem a apresentar defeitos estruturais no esmalte, hipoplasia linear ou desmineralização microscópica que afetam a dentição decídua e possuem maior risco de cárie. Isso poderia explicar em parte porque algumas crianças desenvolvem cárie precoce, enquanto outras, com os mesmo hábitos e fatores de risco, não a desenvolvem. Destacam-se ainda a imaturidade do esmalte pós-eruptivo, presença de defeitos no esmalte, morfologia e características genéticas do próprio dente e apinhamento dentário como fatores de risco para a doença (WAMBIER *et al.*, 2004a).

A cárie precoce é considerada uma doença “polarizada”. Esse fenômeno de “polarização” é utilizado para definir a concentração da doença em grupos minoritários socialmente desprotegidos e que possuem vulnerabilidade às doenças por serem mais suscetíveis ou por estarem mais expostos aos fatores de risco (WAMBIER *et al.*, 2004a, RIBEIRO; OLIVEIRA; ROSENBLATT, 2005). A identificação desse fenômeno tem por finalidade alertar as autoridades para a necessidade de cuidados com esses grupos.

3.3 Cuidados na promoção de saúde bucal

A prevenção e a promoção da saúde bucal dirigem-se aos fatores de risco da doença cárie. Os programas de saúde devem envolver estratégias efetivas para o controle e redução, tendo como meta as crianças de baixo nível socioeconômico (WAMBIER *et al.*, 2004a). A compreensão ampliada destes múltiplos determinantes envolvidos no processo saúde-doença é objeto de pesquisas na área da Epidemiologia Social. Assim, cada vez mais são realizadas investigações a cerca dos determinantes da cárie infantil, bem como o diagnóstico precoce, para o estabelecimento de medidas de promoção de saúde (MELO, 2008, DAVIDOFF, ABDO, SILVA, 2005).

¹ HOROWITZ, H.S..Research issues in early childhood caries. Community Dent Oral Epidemiol 1998; 26 (1 Suppl);67-81.

Os cuidados na promoção de saúde bucal configuram, na área da saúde, uma ação de prevenção para a ocorrência de doenças, como a cárie precoce na infância. A criança requer cuidados especiais e as medidas de prevenção nessa idade possuem maior impacto. Além disso, sabe-se que os custos preventivos são mais baixos se comparados aos custos de recuperação da saúde.

A disseminação dos conhecimentos para as mães é fundamental para a promoção de saúde bucal, pois são estas que desenvolverão os hábitos saudáveis em seus filhos (RAMOS; MAIA, 1999). A promoção de saúde, neste caso, configura-se um conjunto de atividade que capacitam as mães e cuidadores a desenvolverem o bem-estar dos filhos.

Fazer com que pais e cuidadores tomem consciência de seu papel educativo com relação à higiene bucal dos seus filhos é o primeiro passo para o sucesso de hábitos de higiene bucal nas crianças (CRUZ *et al.*, 2004). Sabe-se que as mães são o principal agente para o desenvolvimento de hábitos em seus filhos, pois a família exerce enorme influência nas práticas de promoção da saúde bucal das crianças. Observa-se que crianças cujas mães têm poucos cuidados com higiene oral tendem a também desenvolver poucos cuidados (SILVA, 2007). Assim, faz-se necessária a adoção de estilo de vida que promova uma boa saúde geral e bucal tanto nas crianças como, principalmente, nas mães e cuidadores.

Geralmente, a higiene bucal é um hábito mais constante em crianças de faixa etária maior, pois dificilmente os pais recebem informação da necessidade de higienização bucal nos bebês que ainda não possuem dentição ou em crianças que possuem dentição incompleta. Sabe-se que a higienização bucal deve ser iniciada antes mesmo da erupção dos primeiros dentes, pois a melhor maneira de reduzir a incidência de cárie precoce se dá por meio da prevenção (KNOB *et al.*, 2001). Portanto, há uma necessidade de acesso de crianças a programas de atenção em saúde bucal, para a coleta de informações epidemiológicas, permitindo assim a identificação dos fatores causadores da cárie precoce, fundamentais no estabelecimento de medidas de promoção da saúde (DAVIDOFF; ABDO; SILVA, 2005).

Em creches e berçários inexistem projetos de atenção odontológica às crianças, como verificado em escolas públicas, onde são realizados programas preventivos. Além disso, os bebês e as crianças menores são completamente

dependentes dos adultos para a realização da higiene bucal (WAMBIER *et al.*, 2004a).

As crianças, principalmente entre zero e cinco anos, necessitam de atenção especial, pois os riscos à saúde são maiores nessa faixa etária e as medidas preventivas possuem maior impacto. É necessário, portanto, a implementação de medidas preventivas e educativas, envolvendo pais comprometidos com a promoção de saúde de seus filhos e também profissionais devidamente treinados que lancem mão de abordagens preventivas (CRUZ *et al.*, 2004, FEITOSA; COLARES, 2003).

4 METODOLOGIA

Abaixo são descritos o tipo de estudo, a formulação do problema, a coleta de dados, a avaliação dos dados, a análise e interpretação dos dados, a apresentação dos resultados e os aspectos éticos relacionados ao estudo.

4.1 Tipo de estudo

Este é um estudo de revisão integrativa (RI), método de pesquisa preconizado por Cooper (1982), que contempla a análise de várias pesquisas primárias sobre determinado assunto, estabelecendo comparações entre as mesmas, a fim de definir conclusões mais abrangentes sobre um fenômeno específico. A revisão integrativa é um método enriquecedor para a enfermagem, visto que muitas vezes o profissional não possui tempo disponível para realizar a leitura do grande volume de conhecimento científico existente, além da dificuldade em realizar uma análise crítica acerca da temática (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Cooper (1982) orienta cinco etapas para a RI, que são elas: formulação do problema; coleta de dados; avaliação dos dados; análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados.

4.2 Formulação do problema

Selecionou-se o tema a ser abordado e posteriormente, definiu-se a questão norteadora a ser respondida: Como o enfermeiro pode atuar em diferentes níveis de atenção à Saúde em relação à Cárie Precoce na Infância?

4.3 Coleta de dados

Para a realização desta pesquisa foram utilizados artigos que abordavam os cuidados com a cárie e que se encontravam indexados nas bases de dados virtuais Literatura Latino - Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Medical Literature Analysis and Retrieval System OnLine (MEDLINE), nos idiomas português, espanhol e inglês.

Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados na busca bibliográfica foram: *enfermagem, higiene bucal, criança, alimentação e cárie dentária*.

Os critérios de inclusão foram: artigos que responderam a questão norteadora, publicados no período de 2001 a 2011, nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa, que estavam disponíveis de forma gratuita *on line* e na íntegra. Teses e dissertações não foram incluídas na revisão.

DeCS Base de dados	Dental caries AND nursing	Dental caries AND child	Dental caries AND feeding	Nursing AND oral hygiene	Total
LILACS	6	349	19	20	394
SCIELO	4	29	10	9	52
MEDLINE	12	441	26	41	520
Total	22	818	55	70	966

Quadro 1 - Resultado da distribuição dos artigos publicados entre 2001 e 2011, segundo descritores e bases de dados.

Na busca de artigos, foram encontrados 394 artigos na LILACS, 52 no SCIELO e 520 na MEDLINE, obtendo-se um total de 966 artigos.

A diminuição significativa do total dos artigos ocorreu em função do cruzamento dos descritores quando usados em conjunto “cárie dental” e “criança”. Assim, nesse sentido, o trabalho focou os artigos que contemplaram “cárie dental”, “criança” e “enfermagem” cruzados entre si.

4.4 Avaliação dos dados

Inicialmente, foram selecionados 39 artigos pela leitura de títulos e termos estabelecidos. Após a leitura de títulos e resumos, 18 artigos foram selecionados

para serem lidos na íntegra. Com a leitura crítica dos textos, 13 foram selecionados para serem utilizados nesta revisão integrativa.

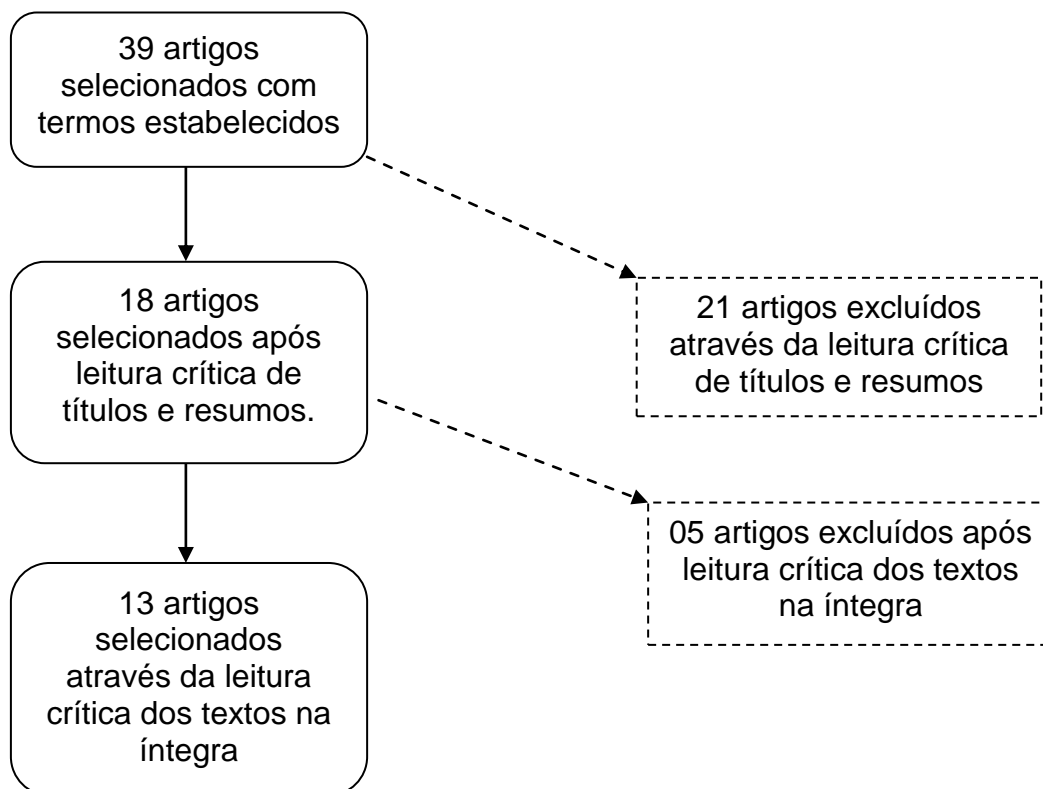


Figura 1 – Seleção dos artigos nas bases de dados LILACS, SCIELO e MEDLINE

Para a organização e categorização dos estudos selecionados, foi elaborado e preenchido um Instrumento de Análise (APÊNDICE A), contemplando as seguintes informações: dados de identificação do artigo (título, autores, titulação dos autores, nome do periódico, ano de publicação, volume, número e descritores); objetivo do estudo; metodologia (tipo de estudo, população/amostra, local de estudo, coleta de dados); resultados e conclusões.

4.5 Análise e interpretação dos resultados

Após a categorização das pesquisas através do instrumento de análise, os dados foram sintetizados, comparados e analisados detalhadamente através da elaboração de um quadro sinóptico (APÊNDICE B), contendo as seguintes

informações: título, autor, metodologia e cuidados com a prevenção da cárie, formando assim um banco de dados de fácil acesso e manejo.

Os dados foram analisados e discutidos, com a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa.

4.6 Apresentação dos resultados

A fase final do estudo consiste na apresentação dos principais resultados evidenciados na análise dos artigos disponíveis na literatura, garantindo uma reflexão crítica sobre as informações coletadas.

4.7 Aspectos éticos

Com a aprovação do projeto deste estudo durante a disciplina Trabalho de Conclusão de Curso I, foi encaminhado à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ – EEUFRGS, ANEXO I), sendo aprovado sob o número 22102.

Quanto aos aspectos éticos, todos os artigos utilizados foram devidamente referenciados conforme normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Nesta revisão integrativa, analisaram-se 13 artigos que abordavam os cuidados em relação à cárie precoce na infância, sendo 10 artigos (76,9%) publicados em língua portuguesa, dois em língua inglesa (15,4%) e um (7,7%) em língua espanhola.

Quanto à natureza dos estudos, percebe-se a predominância de artigos qualitativos sobre o assunto (61,5% da amostra). Dentre os 13 artigos, oito são de natureza qualitativa, quatro de natureza quantitativa e um quantitativo e qualitativo, conforme mostra o quadro abaixo.

Nº artigo	Título	Autor	Metodologia
1	A dimensão educativa da equipe de nefrologia na promoção de saúde bucal de crianças e adolescentes portadores de doença renal crônica	GONÇALVES <i>et al.</i> (2009)	Quantitativo
2	Avaliação dos cuidados com a saúde oral de crianças hospitalizadas	XIMENES <i>et al.</i> (2008)	Qualitativo
3	Cárie dentária: uma doença transmissível e reversível	SILVA (2009)	Qualitativo/ quantitativo
4	Cárie precoce e severa na infância: uma abordagem integral	LOSSO <i>et al.</i> (2009)	Qualitativo
5	Conhecimento e práticas em saúde bucal com crianças hospitalizadas com câncer	BARBOSA; RIBEIRO; CALDO- TEIXEIRA; (2008)	Qualitativo
6	Early Childhood Caries: Determining the Risk Factors And Assessing the Prevention Strategies For Nursing Intervention	MARRS; TRUMBLEY; MALIK (2011)	Qualitativo
7	Fatores comportamentais envolvidos no desenvolvimento da cárie precoce em crianças atendidas na Clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Passo Fundo – RS, Brasil	DELIBERALI <i>et al.</i> (2009)	Quantitativo

Quadro 2 - Artigos que compõem a amostra do estudo.

8	Práticas de enfermagem na promoção de saúde bucal no hospital do município de Dianópolis- TO	SCHNEID <i>et al.</i> (2007)	Qualitativo
9	Prevalência e distribuição de lesões de cárie em bebês	WAMBIER <i>et al.</i> (2004)b	Quantitativo
10	Promoción de la salud bucodental	MIÑANA <i>et al.</i> (2011)	Qualitativo
11	Estratégias educativas-preventivas para a promoção de saúde bucal na primeira infância	MAGALHÃES <i>et al.</i> , 2009	Qualitativo
12	Do public health nurses in Norway promote information on oral health?	SKEIE <i>et al.</i> , 2011	Quantitativo
13	Como realizar a higiene bucal em crianças	STUANI <i>et al.</i> , 2007	Qualitativo

Quadro 2 – Continuação

Os 13 artigos selecionados foram analisados e classificados em cinco categorias, segundo os resultados apresentados: higiene bucal regular, recomendações aos pais e cuidadores, detecção precoce de sinais, educação em saúde e limitações dos profissionais.

5.1 Higiene bucal regular

As medidas de higiene corporal da criança devem incluir estratégias de limpeza dos dentes. Por essa razão, o cuidado com a cavidade bucal deve ser proporcionado de forma diária e regular, sendo responsabilidade dos pais e profissionais de saúde a manutenção da higiene oral e prevenção da cárie precoce. O enfermeiro deve estar atento à limpeza da cavidade bucal, tanto na atenção básica quanto nas hospitalizações, situação em que ocorre mudança nos hábitos alimentares e horários das refeições, administração de medicamentos e mudanças na rotina diária de higiene (XIMENES *et al.*, 2008, SCHNEID *et al.*, 2007, DELIBERALI *et al.*, 2009).

A equipe de enfermagem neste contexto deve garantir o cuidado diário de higiene e conforto ao paciente. O profissional de saúde deve entender o paciente de maneira integral, estando capacitado a oferecer ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, em nível individual e coletivo, observando suas reais necessidades de saúde.

É indispensável, portanto, que o acompanhamento da saúde bucal destas crianças esteja incluído nos cuidados de enfermagem. A utilização de medidas de prevenção desde os primeiros anos de vida proporciona o desenvolvimento de hábitos saudáveis na idade adulta, contribuindo para a manutenção da saúde bucal.

Dentre as medidas para a realização da higiene oral, foram citadas entre os autores a remoção mecânica do biofilme dental, o uso do fio dental, uso do flúor, uso de clorexidina e uso de xilitol², conforme quadro abaixo.

Método de higiene oral	Autores
Remoção mecânica do biofilme dental	XIMENES <i>et al.</i> (2008); LOSSO <i>et al.</i> (2009); BARBOSA; RIBEIRO; CALDO-TEIXEIRA (2008); DELIBERALI <i>et al.</i> (2009); SCHNEID <i>et al.</i> (2007); WAMBIER <i>et al.</i> (2004)b; MIÑANA <i>et al.</i> (2011); MAGALHÃES <i>et al.</i> (2009); SKEIE <i>et al.</i> (2011); STUANI <i>et al.</i> (2007)
Uso de fio dental	XIMENES <i>et al.</i> (2008); SCHNEID <i>et al.</i> (2007); WAMBIER <i>et al.</i> (2004)b; MIÑANA <i>et al.</i> (2011); STUANI <i>et al.</i> (2007)
Uso de flúor	GONÇALVES <i>et al.</i> (2009); XIMENES <i>et al.</i> (2008); MARRS; TRUMBLEY; MALIK (2011); DELIBERALI <i>et al.</i> (2009); SCHNEID <i>et al.</i> (2007); MIÑANA <i>et al.</i> (2011); MAGALHÃES <i>et al.</i> (2009); STUANI <i>et al.</i> (2007)
Uso de clorexidina	BARBOSA; RIBEIRO; CALDO-TEIXEIRA (2008); MARRS; TRUMBLEY; MALIK (2011)
Uso de xilitol	MARRS; TRUMBLEY; MALIK (2011); MIÑANA <i>et al.</i> (2011)

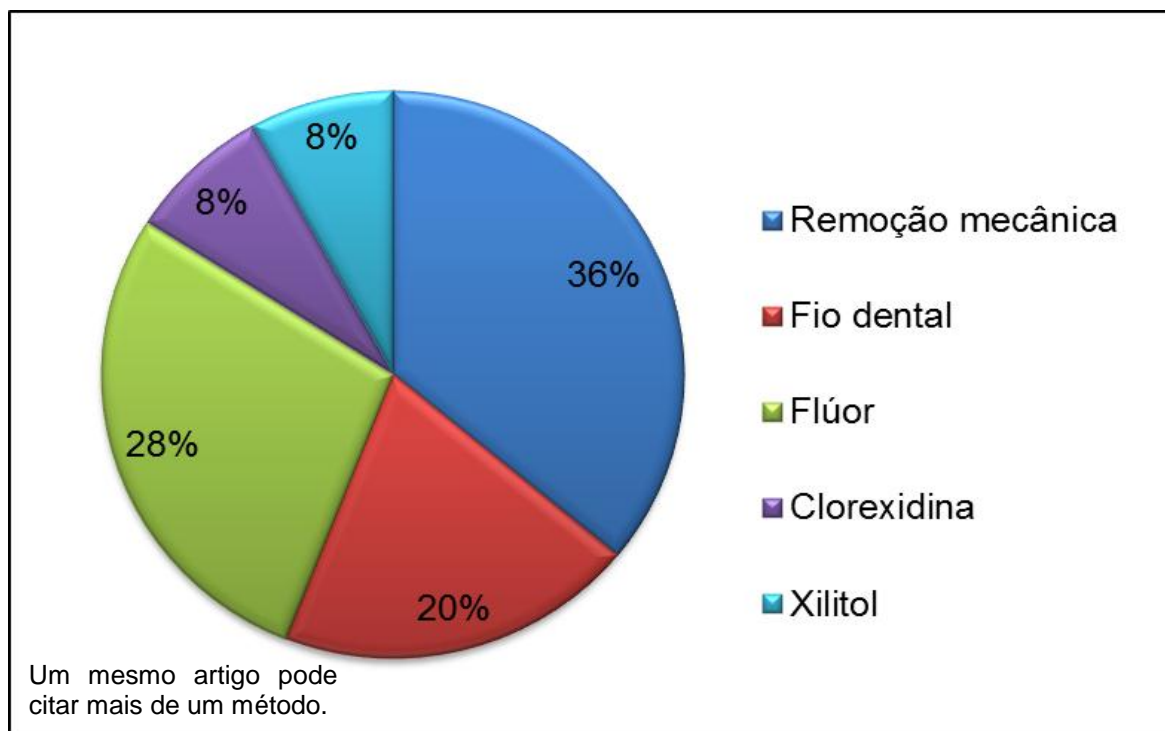
Quadro 3 - Classificação dos artigos incluídos na amostra quanto ao método de higiene oral orientado.

O gráfico 1 mostra o percentual de citações de cada método de higienização da cavidade oral em crianças. Há maior prevalência de citações sobre a remoção mecânica, sendo apresentada por dez artigos (36% da amostra), seguida por uso de

² Substância presente em frutas, vegetais, plantas e produzida pelo organismo humano, tão doce quanto à sacarose, porém menos cariogênica (MARRS; TRUMBLEY; MALIK, 2011, MIÑANA *et al.*, 2011).

flúor, com sete artigos (28%), uso de fio dental, cinco artigos (20%) e uso de clorexidina e xilitol, ambos apresentados por dois artigos (8%).

Gráfico 1 - Distribuição dos artigos quanto ao método de higiene oral



Fonte Direta, 2012

5.1.1 Remoção mecânica do biofilme dental

A remoção mecânica do biofilme dental é o método preventivo mais citado pelos autores (36%), pois sua execução é fácil de ser aplicada, diferenciando-se apenas pelos procedimentos recomendados.

Ximenes *et al.* (2008), Barbosa; Ribeiro; Caldo-Teixeira (2008), Schneid *et al.* (2007), Miñana *et al.* (2011), Magalhães *et al.* (2009), Stuari *et al.* (2007) afirmam que a higienização oral com escova é o método mais comum para se alcançar uma boa higiene bucal, pois promove a desorganização e remoção mecânica do biofilme dental, desestabilizando o *Streptococcus mutans* e impedindo a sequência de acontecimentos envolvidos na progressão da doença. Recomenda-se escovar os dentes, no mínimo, duas vezes por dia, sendo considerados “escovadores regulares” aqueles que escovam até uma vez ao dia.

Schneid *et al.* (2007) ainda referem a importância do fornecimento de kit contendo escova dental, creme dental e fio dental quando houver necessidade de

internação, ao mesmo tempo em que serão passadas informações sobre a correta higiene bucal e frequência. Sabe-se que muitas vezes nem mesmo os cuidados com a saúde bucal são incluídos na rotina dos profissionais de enfermagem. A idéia da oferta de kit é inexistente na maioria dos hospitais e até mesmo nas unidades básicas de saúde, sendo, portanto uma medida mais difícil de ser instalada.

A desorganização do biofilme dental nas superfícies lisas dos dentes, também é realizada pela ação mastigatória que, aliada à escovação, seria o suficiente para dificultar a colonização bacteriana (WAMBIER *et al.*, 2004b).

Sabe-se que as comunidades carentes são as mais expostas ao risco de cárie precoce e muitas vezes não possuem condições de adquirirem escovas dentais. De acordo com Wambier *et al.* (2004b), a limpeza pode ser realizada com pedaços de panos limpos (fraldas) ou algodão umedecido em água, que podem ser esfregados nos dentes, removendo os resíduos alimentares. Os profissionais devem adaptar os cuidados à realidade de cada paciente, visando sempre a prevenção e promoção da sua saúde.

Quanto à idade de início dos cuidados, há divergências entre os autores. Como a manifestação de *Streptococcus mutans* ocorre em superfícies duras, como os dentes, Losso *et al.* (2009), Ximenes *et al.* (2008) e Skeie *et al.* (2011) referem que os cuidados com a higiene oral devem iniciar apenas quando irromper o primeiro dente da criança, a partir dos seis meses aproximadamente. Porém, Minãna *et al.* (2011) e Stuani *et al.* (2007) afirmam que antes mesmo da erupção dos primeiros dentes deve ser iniciada a estimulação oral, com a finalidade de acostumar o bebê à manipulação da boca, instaurando assim um hábito precoce. Bebês que recebem procedimentos de higiene bucal precocemente podem apresentar menor dificuldade de aceitação no futuro, além de já se acostumarem com a boca limpa.

Tão importante quanto à frequência de escovação é a utilização de uma técnica adequada para cada faixa etária. Recomenda-se que a higienização bucal de crianças até os sete anos de idade deve ser realizada pelos pais. Mesmo aquelas entre cinco e seis anos que já possuem maior habilidade e controle neuromotor para executar os movimentos de escovação, visto que podem esquecer algumas superfícies dentais (XIMENES *et al.*, 2008). Devem ser higienizados os rodets gengivais, a língua e a parte interna das bochechas e do vestibulo para a completa remoção de resíduos alimentares (STUANI *et al.*, 2007).

Segundo Ximenes *et al.* (2008), Miñana *et al.* (2011) e Stuani *et al.* (2007), a limpeza antes da erupção dos dentes primários deve ser realizada apenas uma vez ao dia, para evitar a remoção frequente das imunoglobulinas do leite materno, que conferem proteção à mucosa bucal contra infecções. Deve-se aproveitar o horário do banho, com uso de dedal de silicone, gaze, fralda, cotonete ou algodão umedecido em água fervida ou soro fisiológico. Depois da erupção dos primeiros dentes, nas crianças com idade entre seis meses a um ano, a limpeza passa a ser obrigatória realizada duas vezes ao dia, com as mesmas técnicas. Após a erupção dos primeiros molares, por volta de 18 meses, é aconselhado o uso da escova dental infantil, com cerdas suaves e pontas arredondadas e de tamanho compatível com a cavidade bucal da criança. Stuani *et al.* (2007) referem a existência de jogos de escovas no mercado, compostos de uma escova para os pais realizarem a higiene bucal de seus filhos e outra para a criança se habituar à prática, com um anteparo que impede a introdução da escova profundamente na cavidade oral.

Devido à alta prevalência da doença cárie e sua severidade, acredita-se que quanto mais precoce iniciarem os cuidados, maior será a prevenção nestas crianças. É fundamental, portanto, que estes hábitos de higienização sejam instalados mesmo antes da erupção dentária, como sugerem Miñana *et al.* (2011) e Stuani *et al.* (2007).

5.1.2 Uso do flúor

O uso do flúor foi o segundo recurso mais referido entre os autores (28%), sendo descrito por Ximenes *et al.* (2008), Gonçalves *et al.* (2009), Marrs; Trumbley; Malik (2011), Deliberali *et al.* (2009), Schneid *et al.* (2007), Miñana *et al.* (2011) Magalhães *et al.* (2009) e Stuani *et al.* (2007). Como método de prevenção à cárie precoce, seu uso tópico caseiro deve ser em baixa concentração (0,02%) diariamente, por um minuto até aproximadamente os três anos de idade. Segundo os autores, a presença constante do flúor na cavidade bucal é fundamental para o reequilíbrio do processo de desmineralização e remineralização. Ele dificulta a desmineralização do esmalte em meio ácido e aumenta a remineralização do esmalte dental e a densidade óssea, reduzindo o risco e a prevalência de cárie precoce.

O flúor age transformando a hidroxiapatita (mineral encontrado no esmalte dental) em fluorapatita, que é um mineral mais resistente à ação dos ácidos (descalcificação). Além disso, o flúor inibe as reações de glicólise das bactérias sobre a placa dental, diminuindo, portanto, a formação de ácidos. Os colutórios ou enxaguantes bucais, porém, são recomendados apenas a partir dos seis anos de idade devido ao risco de a criança ingerir o produto (MIÑANA *et al.*, 2011).

O uso de creme dental adequado, ou dentifrício, aumenta a efetividade da escovação. Os dentifrícios fluoretados possuem a propriedade de controlar a formação de tártato (por meio da adição de pirofosfatos), possuem ações anticárie e dessensibilização (pela ação do fluoreto) e removem placas e manchas (por meio de abrasivos e de surfactantes) (XIMENES *et al.*, 2009).

Ximenes *et al.* (2008), Miñana *et al.* (2011), Magalhães *et al.* (2009) e Stuani *et al.* (2007) concordam que o uso do creme dental deve ser em pequena quantidade, do tamanho de uma ervilha. Segundo os autores, os pais devem monitorar, pois estes geralmente possuem uma alta concentração de flúor (1000 a 1100 partes por milhão) e as crianças pequenas podem degluti-lo devido à imaturidade do reflexo de sucção. No mercado estão disponíveis dentifrícios com concentração reduzida de flúor (550ppm) especialmente para esta faixa etária. Stuani *et al.* (2007) enfatizam ainda que a fluoretação da água ingerida pela criança é um aspecto importante na escolha do creme dental, contraindicando seu uso.

Schneid *et al.* (2007), Marrs; Trumbley; Malik (2011) e Miñana *et al.* (2011) concordam que a água fluoretada para consumo público, recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é o método mais eficaz e econômico para profilaxia coletiva da cárie dentária, sendo utilizada por mais de 39 países, beneficiando aproximadamente 246 milhões de pessoas.

O nível recomendado de flúor na água potável é de 0,7 a 1,2 partes por milhão. Se apresentar níveis maiores de flúor, as crianças precisam receber água de outras fontes, pois a alta concentração de flúor pode ocasionar fluorose dental, que são defeitos (manchas) no esmalte causado pela grande quantidade de ingestão de flúor (MARRS; TRUMBLEY; MALIK, 2011). A fluorose, na verdade, é uma hipomineralização do esmalte dental por aumento da porosidade, devido a grande ingesta de flúor durante o desenvolvimento do esmalte dental antes de sua erupção. O motivo do aumento de fluorose em países desenvolvidos se deve a utilização de água fluoretada e a ampla difusão de dentifrícios e colutórios muito ricos em flúor,

fazendo com que maiores quantidades de alimentos sejam preparados com água fluoretada (MIÑANA *et al.*, 2011).

O flúor não deve ser visto como fonte essencial para a prevenção da cárie precoce, sendo um complemento na higienização. De nada adianta a utilização de flúor se o indivíduo possuir hábitos inadequados na dieta e não realizar uma boa higiene bucal.

5.1.3 Uso do fio dental

A utilização de fio dental como complemento da higiene bucal é citada apenas por cinco autores (XIMENES *et al.*, 2009; SCHNEID *et al.*, 2007; WAMBIER *et al.*, 2004b; MIÑANA *et al.*, 2011; STUANI *et al.*, 2007), como uma das maneiras mais eficientes de remoção do biofilme dos espaços interproximais e mesimais dos dentes, onde a escovação é insuficiente. Deve ser introduzido na existência de dois dentes incisivos irrompidos com presença de contato entre eles. Wambier *et al.* (2004b), no entanto, recomendam a utilização do fio dental a partir dos doze anos, quando todos os dentes permanentes estão presentes.

O uso do fio dental, porém, ainda é pouco relatado e discutido entre os autores como método de higiene oral das crianças. Dados do estudo de Ximenes *et al.* (2008) em Recife (Brasil) revelam que a maioria das crianças (90,6%) utilizava a escova e creme dental para a higiene dos dentes, 6,3% utilizavam cotonete, fralda ou algodão, 3,1% bochecho com bicarbonato de sódio e nistatina, não sendo registrado uso de fio dental em nenhuma das ocasiões.

Sabe-se que algumas marcas internacionais fabricam fio dental destinado às crianças. Estes produtos são coloridos e possuem encaixes específicos para as mãos das crianças, sendo uma maneira de incentivá-las ao uso regular.

O uso do fio dental após as refeições é tão essencial quanto à correta escovação.

5.1.4 Uso de clorexidina

O uso da clorexidina foi citado apenas por dois autores, constituindo apenas 8% da amostra: Barbosa; Ribeiro; Caldo-Teixeira (2008) e Marrs; Trumbley; Malik (2011), sendo que este último recomenda o uso pelas mães. É um antimicrobiano

altamente eficaz, mas deve ser recomendado apenas nos casos em que o paciente não tem condições de realizar a higiene bucal. O uso de clorexidina para bochechos possui efeitos colaterais quando utilizada por longos períodos, como pigmentação dos dentes, descamação do dorso da língua, sensibilidade oral (ardência) e alteração da degustação após algumas horas. Por apresentar riscos, a clorexidina deve ser administrada somente sob supervisão profissional (BARBOSA; RIBEIRO; CALDO-TEIXEIRA, 2008, MARRS; TRUMBLEY; MALIK, 2011).

5.1.5 Xilitol

O xilitol também foi citado por apenas dois autores (MARRS; TRUMBLEY; MALIK, 2011, MIÑANA *et al.*, 2011) na prevenção da cárie. É uma substância encontrada em frutas, vegetais, plantas e também produzido pelo organismo humano. Essa substância é tão doce quanto à sacarose, porém menos cariogênico e induz a formação de saliva. É utilizado desde 1960 em xaropes, gomas de mascar e colutórios. O uso de gomas de mascar contendo xilitol por mulheres grávidas resultou em crianças de até dois anos de idade com níveis reduzidos de *Streptococcus mutans*, provavelmente devido à redução da transmissão de mãe para filho (MARRS; TRUMBLEY; MALIK, 2011). Gomas de mascar, no entanto, são opções para redução da flora bacteriana apenas para as mães, visto que em crianças pequenas há o risco de ingestão.

Ximenes *et al.* (2008) lembram ainda que na impossibilidade da realização de qualquer um destes atos de higiene, os indivíduos devem fazer bochechos com água rigorosamente, por quatro a cinco vezes após alimentação.

O enfermeiro não deve determinar quantas vezes a higienização bucal deve ser feita, pois o importante não é o número fixo, mas sim que ela realmente ocorra após cada refeição, de maneira correta.

5.2 Recomendações aos pais e cuidadores

Nesta categoria, dez artigos (76,9% da amostra) (GONÇALVES *et al.*, 2009; XIMENES *et al.*, 2008; LOSSO *et al.*, 2009; BARBOSA; RIBEIRO; CALDO-TEIXEIR, 2008; MARRS; TRUMBLEY; MARRS, 2011; DELIBERALI *et al.*, 2009; SCHNEID *et al.*, 2007; MIÑANA *et al.*, 2011; MAGALHÃES *et al.*, 2009; STUANI *et al.*, 2007)

citaram algum tipo de recomendação aos pais e cuidadores pertinentes à problemática.

A primeira pessoa que os pais encontram quando ingressam na porta de entrada dos serviços de saúde, seja na rede básica ou serviço hospitalar, normalmente é o enfermeiro. Segundo Marrs; Trumbley; Malik (2011) o enfermeiro desempenha várias funções, e, como educador, pode atuar fazendo com que as crianças e os pais fiquem cientes da transmissibilidade da doença cárie e de seus agentes. Losso *et al.* (2009) enfatizam ainda que, através de orientação à família, é possível modificar os fatores de risco para o desenvolvimento da cárie precoce, buscando a prevenção.

Ximenes *et al.* (2008) e Barbosa; Ribeiro; Caldo-Teixeira (2008) concordam que o enfermeiro pode e deve orientar a família quanto às questões de saúde e higiene bucal. Deve auxiliar as crianças a manterem uma boa higiene oral, através de orientações para os responsáveis acerca dos distúrbios periodontais e dentários e os métodos de prevenção. As orientações de saúde bucal aos pais, mesmo que sejam simples, promovem resultados positivos e são essenciais para a prevenção da cárie precoce na infância.

Segundo Stuaní *et al.* (2007) a maior incidência de cárie precoce entre crianças carentes é resultado da falta de orientação adequada aos pais e cuidadores.

Como já foi dito anteriormente, a escovação da criança deve ser realizada pelos pais até os sete anos (XIMENES *et al.*, 2008). Assim, é fundamental que os pais recebam recomendações sobre a técnica de higiene bucal para cada idade, para que possam exercê-la de maneira correta.

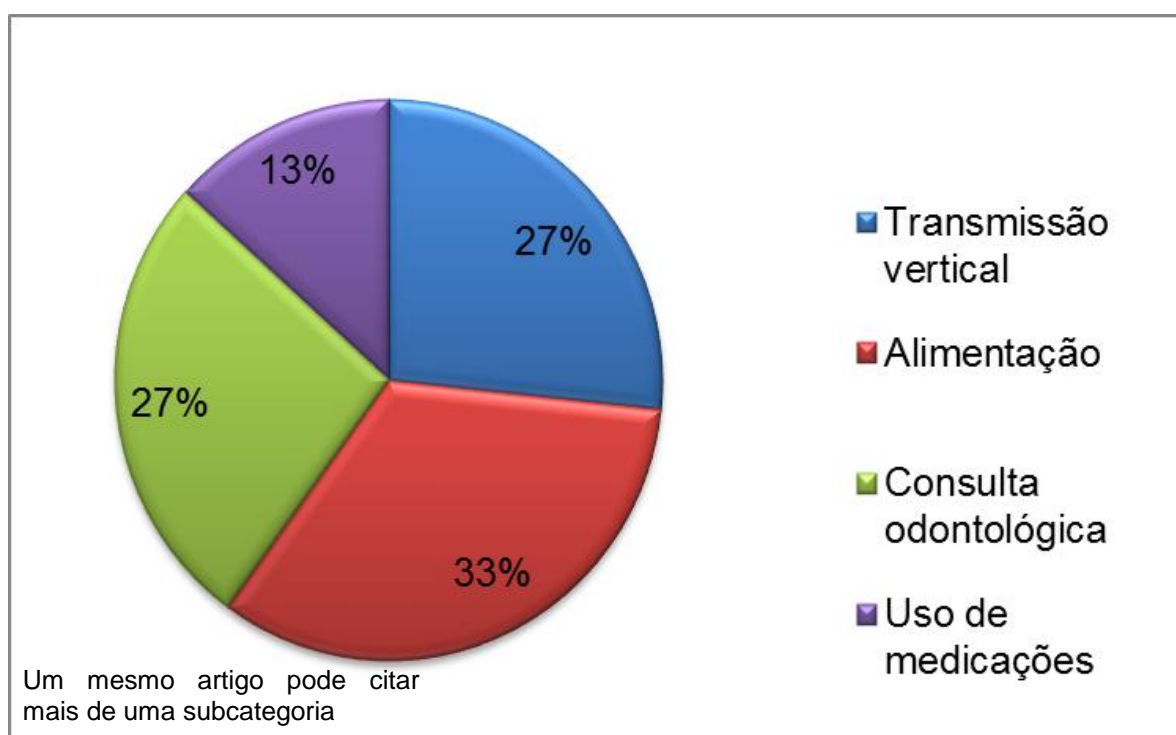
Dos dez autores que citam a importância da orientação, sete foram mais específicos. As recomendações descritas por estes autores podem ser divididas em quatro subcategorias de orientações: transmissão vertical, alimentação, consulta odontológica e uso de medicações, conforme quadro a seguir.

Recomendações	Autores
Alimentação	LOSSO <i>et al.</i> (2009); SCHNEID <i>et al.</i> (2007); MIÑANA <i>et al.</i> (2011); MAGALHÃES <i>et al.</i> (2009); STUANI <i>et al.</i> (2007)
Transmissão vertical	LOSSO <i>et al.</i> (2009); MARRS; TRUMBLEY; MALIK (2011); MAGALHÃES <i>et al.</i> (2009); STUANI <i>et al.</i> (2007)
Consulta odontológica	LOSSO <i>et al.</i> (2009); MARRS; TRUMBLEY; MALIK (2011); MAGALHÃES <i>et al.</i> (2009); STUANI <i>et al.</i> (2007)
Uso de medicações	GONÇALVES <i>et al.</i> (2009); XIMENES <i>et al.</i> (2008)

Quadro 4 - Classificação dos artigos incluídos na amostra quanto às recomendações

O gráfico 2 apresenta o percentual de citações de cada subcategoria referentes às recomendações.

Gráfico 2 - Distribuição dos artigos quanto às recomendações



Fonte Direta, 2012

5.2.1 Alimentação

Atualmente, o padrão de alimentação infantil vem se modificando, aumentando a ingestão de alimentos industrializados, como “papinhas” e bebidas

lácteas. Estes alimentos não estimulam a ação mastigatória, que, conforme já citado, auxilia na desorganização do biofilme dental nas superfícies lisas dos dentes.

O enfermeiro deve alertar os pais e cuidadores que uma alimentação adequada contribui de forma positiva para melhor qualidade de vida. Para Schneid *et al.* (2007), Miñana *et al.* (2011) e Magalhães *et al.* (2009), as recomendações aos pais devem ser reforçadas, mesmo nas unidades básicas, principalmente sobre hábitos em relação à dieta e os alimentos cariogênicos, alertando que a frequência é mais importante que a quantidade ingerida.

Conforme já dito anteriormente, o aleitamento materno exclusivo é recomendado até os seis meses de idade. Magalhães *et al.* (2009) e Stuardi *et al.* (2007) reforçam a importância de que a amamentação não seja realizada durante a noite toda, como quando os bebês dormem com o seio na boca. Segundo Schneid *et al.* (2007), durante a amamentação, devem ser verificados os tamanhos dos mamilos, pois quando muito grandes podem causar regurgitação do leite, ou quando muito pequenos, contribuir para sobrecarga de esforço na articulação temporomandibular.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) a oferta de água, chás ou qualquer outro alimento sólido ou líquido deve ser evitado até o sexto mês de vida da criança. Losso *et al.* (2009) e Miñana *et al.* (2011) concordam ao afirmarem que o uso irrestrito de sucos de frutas industrializados, chás adoçados, leite fermentado, leite com carboidratos fermentáveis, como farináceos e açúcar, está relacionado com o desenvolvimento de cárie precoce, devendo ser evitado.

O uso noturno de mamadeiras com sacarose deve ser evitado, segundo Losso *et al.* (2009), Miñana *et al.* (2011), Magalhães *et al.* (2009) e Stuardi *et al.* (2007). A criança que dormir mamando deve ter seus dentes limpos antes de ir para a cama (LOSSO *et al.*, 2009). Miñana *et al.* (2011) e Stuardi *et al.* (2009) recomendam que podem ser oferecidas como alternativas a chupeta sem adição de açúcar ou diluição progressiva do líquido consumido na mamadeira (evitando açúcares de textura pegajosa ou adesiva) até que ocorra a substituição por água.

Após a erupção do primeiro dente (por volta dos seis meses) o aleitamento materno exclusivo com livre demanda deve ser evitado, e devem ser introduzidos alimentos complementares na dieta. A introdução de alimentos complementares deve ser realizada com colher ou copo, no caso de oferta de líquidos (BRASIL, 2003). Losso *et al.* (2009) e Magalhães *et al.* (2009) afirmam que os profissionais

devem orientar os pais e cuidadores a oferecerem copos às crianças maiores de um ano de idade, evitando assim o uso de mamadeiras.

Miñana *et al.* (2011) referem ainda que os pais devem evitar presentear a criança com doce entre as refeições, estando de acordo com o Ministério da saúde, que desaconselha a prática de gratificação (prêmios) ou castigos para que a criança coma (BRASIL, 2003).

5.2.2 Transmissão vertical

As mães são as principais transmissoras de bactérias cariogênicas para os filhos, portanto, quanto pior a saúde bucal da mãe, pior será a saúde bucal do seu filho (MAGALHÃES *et al.*, 2009).

Recomendações de medidas preventivas para minimizar a transferência salivar de mãe para filho, evitando assim a transmissão vertical de *Streptococcus mutans*, são descritas por Losso *et al.* (2009), Marrs; Trumbley; Malik (2001), Magalhães *et al.* (2009) e Stuani *et al.* (2007). Tais medidas incluem não beijar a criança na boca, não limpar a chupeta do bebê na boca, não provar o alimento com a mesma colher, evitar compartilhar talheres e assoprar os alimentos.

Medidas simples de prevenção a cárie precoce como estas são possíveis, porém, muitas vezes desconhecidas pelos pais.

5.2.3 Consulta odontológica

Quatro artigos citam as recomendações quanto à visita odontológica. Losso *et al.* (2009), Magalhães *et al.* (2009) e Stuani *et al.* (2007) referem que a atenção odontológica já deve estar inserida no período da gestação, promovendo desde cedo na gestante uma mudança comportamental e motivação sobre saúde bucal.

As recomendações sobre a primeira visita odontológica entre os seis meses e um ano de idade são citadas por Losso *et al.* (2009), Marrs; Trumbley; Malik (2001) e Stuani *et al.* (2007) com o objetivo de que sejam trabalhados com o núcleo familiar os fatores de risco para a doença cárie. Na realidade, dificilmente as crianças iniciam o acompanhamento odontológico nesta idade, principalmente em comunidades carentes. Se assim fosse, muitos problemas na cavidade bucal poderiam ser melhores identificados ou até mesmo prevenidos de maneira precoce.

É função do enfermeiro orientar a família quanto à importância deste momento, e a idade correta em que deve iniciar.

5.2.4 Uso de medicações

Sabe-se que alguns medicamentos apresentam alto custo e muitas famílias optam por soluções líquidas mais baratas (xaropes) que contém um alto teor de açúcar. Essas drogas líquidas possuem maior aceitação da criança, contribuindo para um maior risco de cárie. Para Gonçalves *et al.* (2009) e Ximenes *et al.* (2008) os enfermeiros devem orientar os pais quanto a escolha de opções medicamentosas quanto baixo teor de açúcar.

Existe um alto consumo de medicamentos com potencial cariogênico, fora do horário das refeições, por isso devem ser administradas com as refeições, se não houver contraindicação médica. Gonçalves *et al.* (2009) e Ximenes *et al.* (2008) reforçam ainda a importância da lavagem da boca após a ingestão de medicamentos, assim algumas alterações causadas pelo uso de medicamentos poderiam ser minimizadas ou até mesmo evitadas.

5.3 Detecção precoce de sinais

Nove artigos (69,2% da amostra) descrevem sobre a detecção precoce de sinais e encaminhamento à equipe de odontologia, são eles: Gonçalves *et al.* (2009), Silva (2009), Losso *et al.* (2009), Barbosa; Ribeiro; Caldo-Teixeira (2008), Marrs; Trumbley; Malik (2011), Schneid *et al.* (2007), Wambier *et al.* (2004b), Miñana *et al.* (2011) e Skeie *et al.* (2011).

O enfermeiro mantém contato frequente e próximo com o paciente, tanto na unidade básica como em nível hospitalar. Apresenta, portanto, maior oportunidade de detectar precocemente o desenvolvimento de problemas odontológicos e de aconselhar os pais sobre a importância da prevenção. Podem ainda, perceber os sinais de alterações na cavidade bucal e realizar o encaminhamento para a equipe de odontologia, para tratamento dentário, quando houver necessidade (GONÇALVES *et al.*, 2009, SILVA, 2009). Assim, faz-se necessário que essa informação seja conhecida pelos profissionais da área da saúde, que muitas vezes

não priorizam a cavidade bucal das crianças por pensarem que se trata apenas da área odontológica.

Segundo Gonçalves *et al.* (2009), SILVA (2009) e Barbosa; Ribeiro; Caldo-Teixeira (2008) quanto mais precoce for o diagnóstico da doença, maiores as chances de intervenções, possibilitando um melhor prognóstico e um tratamento mais rápido e eficaz, pois evitaria que a procura pela assistência odontológica ocorresse somente após a cavitação das lesões, causando o mínimo de prejuízo ao paciente. Mais da metade dos profissionais reconhecem a necessidade de alguns pacientes serem encaminhados ao tratamento odontológico, porém poucos o fazem.

Para Losso *et al.* (2009), Wambier *et al.* (2004b) e Skeie *et al.* (2011), a identificação das crianças com perfil de risco ou necessidade de tratamento pelos enfermeiros permite alertar as autoridades para cuidados adequados, principalmente em comunidades carentes.

Losso *et al.* (2009), Schneid *et al.* (2009), Marrs; Trumbley; Malik (2011) e Miñana *et al.* (2011) concordam que o profissional deve inspecionar a cavidade bucal de neonatos e crianças até cinco anos, observando dentes prematuros, anormalidades (lábio leporino, fenda palatina) e monitorar a erupção dos dentes primários (é considerada anormal a falta de erupção até os 15 meses). Também devem observar gengivites, alinhamento dos dentes e más oclusões (mordida aberta), evitando o uso de chupetas e sucção do polegar, bem como a saúde bucal da mãe. Dos dois aos seis anos deve ser observada a dentição primária, a presença de cáries e traumas e avaliar a dieta e técnicas de escovação. Caso encontre alguma alteração, deve encaminhar ao odontólogo (SCHNEID *et al.*, 2007).

É possível que tanto pais quanto cuidadores obtenham uma melhora na capacidade de diagnosticar as lesões de mancha branca ativa como cárie, porém esta orientação deve integrar os programas de prevenção e controle de cárie precoce na infância (SILVA, 2009).

Marrs; Trumbley; Malik (2011) relatam a utilização de ferramentas de avaliação de risco para auxiliar na determinação de indicadores confiáveis, permitindo que os enfermeiros se envolvam mais nesta identificação. Os enfermeiros, usando tais ferramentas, devem ser capazes de visualizar os dentes e a boca da criança, além de ter um histórico confiável e entender o instrumento.

Barbosa; Ribeiro; Caldo-Teixeira (2008) recomendam a existência de um material didático informativo como um CD para enfermeiros, contendo orientações

para motivar e incentivar os cuidados em saúde bucal, funcionando como um ativador de mudanças.

5.4 Educação em saúde

Na categoria educação em saúde, sete artigos (53,8% da amostra analisada) apontam a importância de medidas educativas (para os pais, cuidadores e para os profissionais) na prevenção à cárie precoce na infância (XIMENES *et al.*, 2008; GONÇALVES *et al.*, 2009; SILVA, 2009; BARBOSA; RIBEIRO; CALDO-TEIXEIRA, 2008; SCHNEID *et al.*, 2007; MARRS; TRUMBLEY; MALIK, 2011; WAMBIER *et al.*, 2004b)

A prevenção só ocorre quando se educa, sendo a educação um instrumento de transformação social (SILVA, 2009). As informações e orientações dadas pelos profissionais de saúde promovem transformações nas atitudes, apresentam resultados positivos e são essenciais, principalmente durante o período de internação em unidades pediátricas, pois muitas vezes a criança não realiza consultas com frequência, sendo a internação um contato importante para ações de educação.

Ximenes *et al.* (2008) e Silva (2009) afirmam que há a necessidade de um trabalho multidisciplinar e multiprofissional, voltado à educação em saúde bucal, fundamental para um atendimento integral à criança. Devem ser adotadas medidas educativas de maneira precoce, envolvendo o odontopediatra, o pediatra e o enfermeiro materno-infantil. Através de medidas educativas, o conceito de saúde bucal estará ligado à promoção de saúde, e não apenas ao conceito médico restaurador.

Barbosa; Ribeiro; Caldo-Teixeira (2008) afirmam que os enfermeiros devem buscar sempre melhores condições de saúde para seus pacientes, a partir de processos educativos. Sendo necessário, portanto, um movimento de educação para a saúde, em que os profissionais se organizem de forma não hierárquica, mas sim a partir de uma divisão de atribuições baseada nas habilidades, que, quando agregadas, promovem transformações das atitudes, das representações sociais e dos comportamentos.

Schneid *et al.* (2007) e Marrs; Trumbley; Malik (2011) destacam a necessidade de expansão de práticas educativas em saúde através de programas

educacionais, para aquisição de competências e habilidade na prática de higienização, bem como para a transmissão do valor da saúde bucal.

A educação em saúde auxilia os cuidadores a compreenderem melhor as informações e as técnicas para manejarem a assistência à saúde, assim deve ser despertado o interesse da família para os cuidados com a saúde, educando as crianças e os pais para adotarem um estilo de vida que promova uma boa saúde geral e bucal. A alta prevalência da doença aponta para a falta de conhecimento dos cuidadores em relação às práticas de higiene oral. Muitas vezes não se trata de negligência, mas sim de falta de conhecimento.

Para Kuhn (2002³ citado por WAMBIER *et al.*, 2004b) as ações educativas desenvolvem habilidades maternas para o auto cuidado e estimulam hábitos saudáveis. No estado do Paraná (Brasil), a Bebê Clínica da Universidade Estadual de Londrina destaca-se por realizar cuidados preventivos e educativos, reduzindo e até zerando o número de lesões cáries. Os pais são convidados a participar de grupos onde são educados sobre hábitos saudáveis. Também são realizados acompanhamentos dos bebês, reforçando as orientações e aplicando procedimentos preventivos. Programas educativos como este devem ser oferecidos às populações, principalmente aos grupos de risco, pois desenvolvem habilidade materna para o cuidado e auxiliaram na redução da prevalência e gravidade da doença cárie.

Sabe-se que a orientação para a higiene bucal, quando iniciada com o paciente infantil, gera resultados positivos até a fase adulta. É fundamental o condicionamento da criança para a adoção de uma alimentação saudável e hábitos de higiene oral adequados, sendo os pais os maiores influenciadores na educação em saúde dos filhos (GONÇALVES *et al.*, 2009). Portanto, percebe-se que a melhor e mais simples estratégia para prevenir a cárie precoce na infância é através da educação, orientando os pais sobre suas causas e ressaltando a importância dos programas educativo-preventivos.

Crianças na faixa etária entre 0 a 7 anos dependem dos responsáveis para a realização da higiene bucal. As orientações, motivação e treinamento dos responsáveis na aplicação correta de procedimentos simples e de baixo custo para a

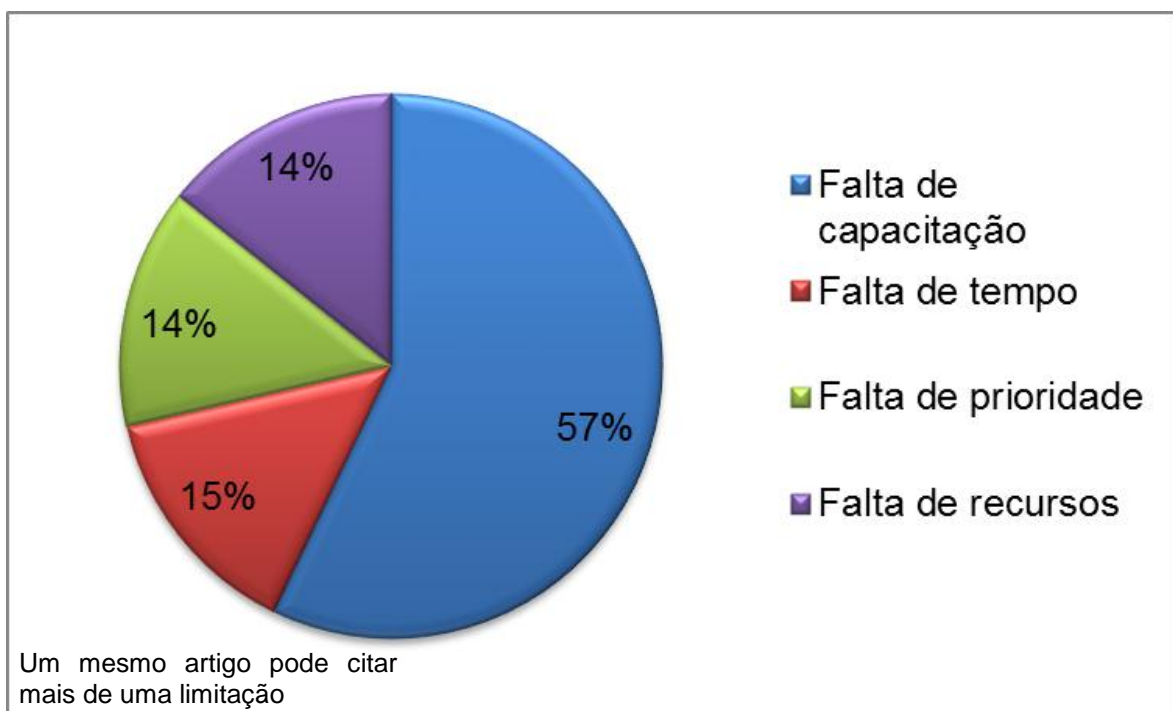
³ KUHN, E. Promoção da saúde bucal em bebês participantes de um programa educativo-preventivo na cidade de Ponta Grossa-PR. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2002.

higiene bucal evitaria a instalação da cárie e de suas consequências (WAMBIER *et al.*, 2004b).

5.5 Limitações dos profissionais

Esta categoria foi incluída no estudo, pois quatro artigos da amostra (30,8%) citaram as limitações encontradas por enfermeiros durante a realização das práticas de promoção e prevenção da cárie precoce (GONÇALVES *et al.*, 2009; SILVA, 2009; SCHNEID *et al.*, 2007; SKEIE *et al.*, 2011). Estas limitações referem-se à falta de capacitação, falta de tempo, falta de prioridade e falta de recursos, conforme mostra o gráfico a seguir.

Gráfico 3 - Distribuição dos artigos quanto às limitações dos profissionais



Fonte Direta, 2012

A falta de informações ou capacitação como fator dificultante foi relatada pelos quatro autores. Para Silva (2009) existe um déficit de conhecimentos quanto à saúde bucal e etiopatogenia da cárie por parte dos profissionais e estudantes de enfermagem, bem como dos médicos e estudantes de medicina. Aqueles profissionais mais informados são os que participam de encontros científicos e

eventos, que contribuem para um processo de educação permanente. Gonçalves *et al.* (2009) afirmam que apesar do interesse da equipe, é possível observar o pouco conhecimento sobre o tema. Segundo Skeie *et al.* (2011) a saúde bucal na Noruega integra uma pequena parcela no currículo da formação acadêmica dos enfermeiros. Acredito que não somente neste país, mas no Brasil, a saúde bucal infantil não é enfatizada, predominando outros assuntos que não a prevenção e promoção. É necessária maior motivação e educação dos profissionais de enfermagem desde formação acadêmica.

A falta de tempo para os cuidados com a higiene bucal foi citada por apenas um artigo (SKEIE *et al.* , 2011). Isso demonstra a importância da otimização do tempo e do trabalho, pois é inadmissível que um cuidado tão relevante como este deixe de ser realizado devido à falta de tempo.

A falta de prioridade em relação a este assunto foi descrita apenas por Skeie *et al.* (2011).

A ausência de recursos materiais e improvisação dos mesmos foi descrita por Schneid *et al.* (2007). Segundo o autor, em seu estudo foi observado que alguns enfermeiros utilizam uma gaze enrolada em espátula e embebida em água com bicarbonato, ou apenas água morna para a realização dos cuidados com a higiene bucal.

Segundo Gonçalves *et al.* (2009), a maioria dos profissionais de saúde não assumem atitudes perante essa temática. Há a necessidade de maior informação e até mesmo motivação para os cuidados com a saúde bucal, objetivando a sua prevenção. Os enfermeiros que atuam com crianças devem estar melhores preparados para oferecer informações ao núcleo familiar e às crianças.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, a prevalência de cárie precoce na infância é elevada, afetando 60% das crianças brasileiras entre zero e cinco anos de idade (FELDENS, 2008). Como enfatizado anteriormente, a cárie de mamadeira representa um grande problema de saúde pública, que interfere na qualidade de vida da criança, bem como de sua família. A alta prevalência evidencia a necessidade de maior atenção à problemática. A saúde bucal tem importante papel na saúde geral da criança, visto que interfere no crescimento e desenvolvimento infantil, tanto em aspectos fisiológicos, como em aspectos emocionais e sociais.

Observou-se, durante a revisão integrativa, que a melhor maneira de prevenção do desenvolvimento da doença está na intervenção dos fatores de risco. Os enfermeiros, neste sentido, devem ter conhecimento da multifatorialidade da doença e saber reconhecer tais fatores a fim de modificá-los, pois suas consequências podem perdurar até a idade adulta.

Nesta revisão integrativa identificou-se como atuação do enfermeiro frente à cárie precoce na infância a realização de higiene bucal regular (remoção mecânica, uso de flúor, fio dental, clorexidina e xilitol), recomendações aos pais (sobre alimentação, transmissão vertical, visita odontológica e uso de medicações), detecção precoce de sinais e educação em saúde. É fundamental, portanto, que a participação do enfermeiro aborde estratégias educativo-preventivas. Nota-se que muitos são os cuidados que podem ser realizados, entretanto, estes resultados não refletem a real situação do trabalho do enfermeiro perante a doença.

As evidências científicas mostram que, quanto mais cedo iniciar a higienização da cavidade bucal do bebê, menor a dificuldade de aceitação futuramente dos cuidados de saúde bucal. Por essa razão, a higiene bucal deve ser iniciada de maneira precoce, antes mesmo da erupção dos dentes, com uso de gaze, fralda ou algodão, promovendo assim a desorganização do biofilme dental. Após a erupção dos primeiros molares, a higiene deve ser realizada com escova dental. O enfermeiro deve garantir a realização da higiene oral, seja realizada por ele mesmo, seja pelos pais, através de orientações sobre a maneira correta para cada faixa etária.

A amostra apontou que um fator essencial para a prevenção da cárie é o cuidado com a dieta. O enfermeiro deve alertar os cuidadores quanto à importância

de uma dieta adequada. O aleitamento materno exclusivo, conforme recomendação do Ministério da Saúde deve ser estimulado até o sexto mês de vida do bebê. Entretanto, a amamentação noturna não deve ser encorajada e, se for praticada, o enfermeiro deve alertar às mães e cuidadores para a posterior limpeza da cavidade oral.

Acredita-se que o estudo alcançou o objetivo proposto, pois além de identificar os cuidados frente à cárie precoce na infância, discutiu também sobre os obstáculos encontrados no dia-a-dia pela equipe de enfermagem na realização destas práticas. Dentre as dificuldades encontradas, estão as lacunas na própria capacitação profissional, com pobre inserção do assunto nos currículos, falta de tempo, ausência de recursos e falta de prioridade. As atividades de promoção à saúde bucal não são priorizadas no cotidiano das equipes de saúde pública. Por essa razão, seria interessante a criação de um protocolo de atenção bucal, com orientações destinadas aos enfermeiros.

É necessário que haja uma reflexão sobre a forma de cuidado que está sendo desenvolvida. O enfermeiro deve estar atento à totalidade do paciente para que todas as suas necessidades sejam supridas.

Este trabalho teve como maior limitação a falta de estudos que enfatizem a atuação do enfermeiro e até mesmo de outros profissionais da saúde, que não o odontólogo, na prevenção da doença. Faz-se necessário, portanto, uma revisão no currículo de educação em enfermagem, com inclusão de temas relevantes na sociedade atual.

Cabe ressaltar que a discussão sobre esta temática não se limita por aqui. Por meio dos resultados deste estudo, poderá ser desenvolvido, com o apoio dos enfermeiros, um projeto de extensão, nas unidades de internações pediátricas do HCPA e também de outras instituições, objetivando a promoção de saúde bucal das crianças e de suas famílias, bem como a educação e capacitação dos profissionais. Mais estudos na área da odontologia pediátrica por parte da enfermagem são necessários para evitar novos casos da doença e reduzir a prevalência.

A partir das considerações feitas, faz-se necessário a conscientização e participação ativa dos profissionais de enfermagem na prevenção da saúde bucal para uma promoção da qualidade de vida destas crianças. A atuação do profissional após a instalação da doença cárie não deve ser prioridade, mas sim, que o objetivo

do enfermeiro seja a promoção da saúde. Nesse sentido, cabe salientar dicas para a prevenção da cárie precoce na infância.

Dicas Para Prevenção da Cárie Precoce na Infância

1. *Cuidados odontológicos à gestante e visita odontológica do bebê aos seis meses.*
2. *Minimizar a transmissão vertical (através de chupeta, colher, beijo)*
3. *Cuidados com a dieta cariogênica*
4. *Limpeza da cavidade oral após as alimentações*
5. *Uso do flúor*
6. *Uso do fio dental*
7. *Cuidados com administração de medicações*
8. *Não colocar o bebê na cama com mamadeira*
9. *Evitar o aleitamento materno exclusivo prolongado*
10. *Observar sinais de alterações na cavidade oral*

Quadro 5 – Dicas para a prevenção da cárie precoce na infância

Fonte Direta, 2012

REFERÊNCIAS

BARBOSA, A.M.; RIBEIRO, D.M; CALDO-TEIXEIRA, A.S.. Conhecimentos e práticas em saúde bucal com crianças hospitalizadas com câncer. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 15, p.1113-1122, jun. 2008.

BARROS, C. M. S. **Manual Técnico de Educação em Saúde Bucal**. Rio de Janeiro: SESC, 2007, 132 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de 2 anos: álbum seriado** / Ministério da Saúde,. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 20 p.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004, Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/doc/politica_nacional.pdf .> Acesso em 13 ago. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. N.23, 2009. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf>. Acesso em: 29 mai. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CASTILHO, J. B.; PIVA, G. A.; GUIRADO, C. G. E. Etiologia multifatorial da cárie de mamadeira e diferentes abordagens de tratamento. **Facul. Odontol. Lins**, v. 13, n. 1, p. 7-13, jan/jun. 2001.

CAVALCANTI, A. L.; CRUZ, A. A. G.; GADELHA, C. G. F.; MEDEIROS, P. F. V.. Percepção Materna Sobre a Higiene Bucal de Bebês: Um Estudo no Hospital Alcides Carneiro, Campina Grande-PB. **Pesquisa Brasileira Odontopediatria**, João Pessoa, v.4, n.3, p. 185-189, set./dez. 2004.

CRUZ, A.A.G. *et al.* Percepção Materna sobre a higiene bucal de bebês: um estudo no Hospital Acide Carneiro, Campina Grande-PB. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v.4, n.3, p. 185-189, set/dez. 2004.

DAVIDOFF, DCO;ABDO,RCC; SILVA, SMB. Prevalência de cárie precoce da infância. **Pesq Bras Odontoped Clín Integr**, João Pessoa, v. 5, n. 3, p. 215-221, set./dez. 2005

DELIBERALI, F.D. *et al.* Fatores comportamentais envolvidos no desenvolvimento da cárie precoce em crianças atendidas na Clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Passo Fundo - RS, Brasil. **Revista da Faculdade de Odontologia - Uf**, Passo Fundo, v. 14, n. 3, p.197-202, set/dez 2009.

FEITOSA, S.; COLARES, V.. As repercussões da Cárie Precoce na Infância na Qualidade de vida de Pré-escolares. **Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê**, v. 34, n. 6, p. 542 -548, 2003.

FELDENS, C. A. **Impacto da Implementação do Programa Dez Passos para uma Alimentação Saudável para o Primeiro Ano de Vida na Ocorrência e Severidade de Cárie Dentária aos 4 Anos de Idade.** 2008. 232 f. Tese (Doutorado em Epidemiologia) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2008.

FELDENS, C.A. *et al.* Práticas Alimentares Cariogênicas e Fatores Associados em Crianças do Sul do Brasil. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 10, n.2, p. 201/207, maio/ago. 2010

FREIRE, M.C.M.; MACEDO, R.A.; SILVA, W.H. Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos pediatras em relação à saúde bucal. **Pesq Odont Bras**, v. 14, n. 1, p. 39-45, jan/mar 2000.

GONÇALVES, G.A. *et al.* A dimensão educativa da equipe de nefrologia na promoção de saúde bucal de crianças e adolescentes portadores de doença renal crônica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. v. 31, n.3, p. 198-205. Brasil, 2009.

KNOB *et al.* **Estudo da higienização bucal e dos hábitos alimentares em bebês – incidência da cárie precoce.** Seminário Nacional, Cascavel – PR, 2001.

LIMA, C. M. G. de.; WATANABE. M. G. C.; PALHA. P. F. Atenção precoce à saúde bucal: tarefa da equipe de saúde da família. **Revista de Pediatria**, São Paulo, v. 28, n.3, p. 191-198, ago. 2006.

LOSSO, E.M. *et al.* Severe early childhood caries: an integral approach. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 4, p.295-300, jan. 2009.

MACIEL *et al.* Prevalência da cárie precoce na infância em crianças de 6 a 36 meses em creches públicas de Caruaru/PE. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v. 7, n.1, p. 59-65, jan/abr. 2007.

MAGALHÃES, A.C. et al. Estratégias educativas-preventivas para a promoção de saúde bucal na primeira infância. **Odontologia Clínica Científica**, Recife, v. 8, n. 3, p.245-249, jul/set 2009.

MARRS, J.A.; TRUMBLEY, S.; MALIK, G.JA, Early childhood caries: determining the risk factors and assessing the prevention strategies for nursing intervention. **Pediatric Nursing**., v.37, n.1, p. 9-15, jan/fev 2011

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M.. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 17(4): 758-764, 2008.

MELO, M.M.D.A. A cárie dentária em pré-escolares: evolução do conceito. **Int J Dent**, Recife, v. 7, n.3, p. 199-201, jul/set. 2008.

MIÑANA, V. y GRUPO PREVINFAD/PAPPS INFANCIA Y ADOLESCENCIA. Promocion de la salud bucodental. **Revista Pediatría de Atención Primaria**, v. 13, n. 51, p. 435 – 458, jul/set 2011. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322011000300010&script=sci_arttext>

RAMOS, B. C.; MAIA, L. C.. Cárie do tipo mamadeira e a importância da promoção de saúde bucal em crianças de 0 a 4 anos. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo**, São Paulo, vol. 13, n.3, p. 303-311, jul/set 1999.

RIBEIRO, M. A. S.; RIBEIRO, N. M. E.. Aleitamento materno e cárie do lactente e do pré-escolar: uma revisão crítica. **Jornal de Pediatría**, Rio de Janeiro, vol. 80, no.5. Nov. 2004.

RIBEIRO, AG; OLIVEIRA, AF; ROSENBLAT, A. Cárie precoce na infância: prevalência e fatores de risco em pré- escolares, aos 48 meses, na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1695-1700, nov./dez. 2005.

RODRIGUES, C. R. M. D.; SCHALKA, M. M. S.. A importância do médico pediatra na promoção da saúde bucal. **Revista de Saúde Pública**. vol.30 n.2, São Paulo, abr 1996.

SCHNEID, J.L. *et al.* Práticas de Enfermagem na promoção de saúde bucal no hospital do município de Dianópolis-TO. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Distrito Federal, v. 18, n. 4, p. 297–306, out/dez 2007.

SILVA, J. B. O. R.. **Conhecimento de profissionais e estudantes da área da saúde sobre odontologia para bebês**. Rio de Janeiro:UFRJ, 2007. Vol.9, n.1, p. 36-42. Tese de Doutorado em Odontologia. Odontopediatria. Dez. 2007.

SILVA, J. B. O. R.. Cárie dentária: uma doença transmissível e reversível. **Revista de Pediatria**, São Paulo, v. 31, n. 1, p.26-33, 2009.

SILVA, J.B.O.R.; SOUZA, I.P.R.; TURA, L.F.R. **Saúde bucal da criança: manual de orientações para profissionais e estudantes da área da saúde**. Universidade José do Rosário Velano. UNIFENAS 2006, 38p.

SKEIE, M.S. *et al.* Do public health nurses in Norway promote information on oral health?. **BMC Oral Health**, v. 11, p. 11-23, 2011.

STUANI, A.S. *et al.* Como realizar a higiene bucal em crianças. **Pediatria**, v. 29, n. 3, p. 200-207, 2007

VOLSCHAN, B.C.G.; SOARES, E.L.. Early childhood caries: relation between the biological and the psychosocial aspects. **Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê**, v. 34, n. 6, p. 533-540, 2003.

WAMBIER, D.S. *et al.* Prevalência e distribuição de lesões de cárie em bebês. **Publ.UEPG Ci. Biol. Saúde**, Ponta Grossa, v. 10 , n. 1, p. 15-22, mar. 2004b

WAMBIER, D. S. *et al.* Cárie de acometimento precoce: uma revisão. **Universidade Federal de Ponta Grossa Ci. Biol. Saúde**, Ponta Grossa, 10 (3/4), p. 33-41, set./dez. 2004a

XIMENES, R.R.C.; ARAGÃO, D.S.F.; COLARES,V.. Avaliação dos cuidados com a saúde oral de crianças hospitalizadas. **Rev. Fac. Odontologia**. Porto Alegre. v.49, n.1, p.21-25, jan/abr. 2008.

ZUANON, ACC; BENEDETTI, KC; GUIMARÃES, MS Conhecimento das gestantes e puérperas quanto à importância do atendimento odontológico precoce. **Odontologia. Clín.-Científ.**, v.7, n.1, p. 57-61, 2008

APÊNDICE A – Instrumento de análise

Título do artigo:		
Autor:		Titulação:
Autor:		Titulação:
Periódico:		
Ano:	Volume:	Número:
Descritores/Palavras-chave:		
Objetivo do estudo:		
Metodologia 1) Tipo de Estudo: 2) População/Amostra: 3) Local do Estudo: 4) Coleta de Dados:		
Resultados:		
Conclusões:		

APÊNDICE B – Quadro sinóptico

Título	Autor	Metodologia	Cuidados

ANEXO I - Carta de aprovação da COMPESQ – EEUFRGS

Pesquisador: Simone Algeri
Dados do Projeto de Pesquisa
Projeto Nº: 22102 Título: Cárie Precoce na Infância: a importância do cuidado de enfermagem Área do Conhecimento: Enfermagem Início: 01/12/2011 Previsão de conclusão: 30/07/2012 Situação: projeto em andamento Origem: Escola de Enfermagem Projeto Isolado com linha temática NULL Objetivo: Identificar a atuação da Enfermagem preconizada pela literatura em relação à cárie precoce da infância nos diferentes níveis de atenção à saúde.
Palavras-Chave Cárie Criança Enfermagem
Equipe UFRGS Nome: Simone Algeri Participação: Coordenador Início: 01/12/2011 Nome: Cintia Vieira Da Rosa Participação: Pesquisador Início: 01/12/2011
Anexos Projeto Completo Data de Envio: 14/12/2011
Avaliações Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 11/01/2012
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 100px;"><p>Sugere-se que, na metodologia, onde se refere ao autor Cooper, que a autora discrimine quais etapas são propostas para o desenvolvimento desta pesquisa.</p></div>