

Série de vídeos educativos “Saúde Bucal na infância”

Produto Educacional gerado a partir da dissertação “O vídeo educativo na promoção de Saúde Bucal para bebês e crianças de 0 a 6 anos” apresentado à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional Formação Interdisciplinar em Saúde, para obter o título de Mestre em Ciências.

Pós-graduanda: Silvia Helena Martins
Orientadora: Ana Maria Cervato Mancuso



São Paulo

2021

Martins SH. Série de vídeos educativos “Saúde Bucal na infância” [Produto Educacional]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2021

RESUMO

Este produto educacional é uma ferramenta educativa que poderá subsidiar propostas de promoção de saúde que preveem, a educação permanente dos profissionais da educação, da saúde, e a educação em saúde para a população, previstas de acordo com a Lei 8.080/90, a Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Saúde Bucal. O material é composto por uma série de 9 vídeos educativos que abordam as principais temáticas sobre Saúde Bucal na infância a partir de uma visão interdisciplinar. Os vídeos são voltados ao público adulto, são de curta duração, com tempo médio de 15 minutos, são compostos com imagens de referência que exemplifiquem a realidade dos cuidados em saúde com bebês e crianças, possuem trechos de entrevistas com diferentes profissionais de saúde, de educação e de familiares, esses recursos visuais tornam o material didático, instrutivo e sensibilizador. O material foi elaborado a partir de uma abordagem didática, cada vídeo parte de uma temática principal a ser abordada, traz informações que contextualizem o tema tanto em seu processo histórico e social e de forma que se aproxime das demandas da sociedade com questionamentos e dúvidas atuais. Os títulos dos vídeos são: Saúde Bucal da gestante, Aleitamento Materno, Hábitos de Higiene Bucal, Hábitos alimentares que favorecem a Saúde Bucal, Construção de Hábitos e Saúde Bucal na infância, O que é cárie?, A importância de cuidar da primeira dentição, O uso da chupeta e A importância do flúor. Orienta-se que o material seja utilizado em contextos educativos e dialógicos, que possibilite troca de saberes, amplie reflexões, possibilite escolhas e tomadas de decisões conscientes entre os envolvidos no processo formativo.

Palavras chaves: Filme e Vídeo educativo. Educação em Saúde. Saúde Bucal. Mídia audiovisual.

Sumário

| | |
|--|----|
| Introdução | 4 |
| Justificativa | 5 |
| Produto Educacional: Série de Vídeos “Saúde Bucal na infância” | 6 |
| Ficha técnica do Produto Educacional..... | 8 |
| Sinopse dos vídeos da série “Saúde Bucal na infância” | 8 |
| Validação do conteúdo educativo da série de vídeos..... | 13 |
| Guia de orientação do uso do Produto Educacional | 14 |
| Onde encontrar? | 14 |
| Como utilizar o vídeo? | 14 |
| Material de apoio didático da série “Saúde Bucal na infância” | 16 |
| Saúde Bucal da gestante..... | 16 |
| Aleitamento Materno..... | 21 |
| Hábitos de Higiene Bucal..... | 25 |
| Hábitos alimentares que favorecem a Saúde Bucal | 31 |
| O que é cárie? | 36 |
| A importância de cuidar da primeira dentição..... | 40 |
| Uso da chupeta..... | 43 |
| A importância do flúor..... | 48 |

Introdução

Nas últimas décadas vivenciamos um processo de transformação e modernização tecnológica, tivemos o desenvolvimento de hardwares, softwares e da internet que causaram grande impacto em toda a sociedade, possibilitando ampliar o fluxo de informações e as redes de comunicação. Assim é preciso reconhecer que a nossa sociedade tem na comunicação o papel estratégico para garantir o acesso à informação e conhecimento, que são aspectos fundamentais para os processos de desenvolvimento econômico como também para os processos de democratização política e social.(1)

As mídias têm conquistado cada dia maior visibilidade, sendo agentes importantes de formação e transformação na nossa sociedade contemporânea. Os meios de comunicação chegam nos mais diferentes lugares e abrangem diversos públicos, sendo esses importantes mecanismos de ação formativa e na construção de conhecimento.(2)

A produção de vídeos de curta duração tornou-se muito popular, e as plataformas de compartilhamento através da internet colaboram para a ampla divulgação dos materiais produzidos. Apesar dos vídeos de curta duração estarem associados ao lazer e entretenimento, a produção destes podem ter um vasto potencial educacional como o desenvolvimento de pensamento crítico e a integração de diferentes saberes.(3)

Morán (4), pesquisador da área da comunicação, enfatiza que o vídeo como veículo de comunicação nos possibilita uma aproximação sensível com o cotidiano e de como as pessoas vivem, oferecendo repertório de imagens com múltiplos recortes da realidade. Segundo o pesquisador, o vídeo é uma ferramenta sensorial que se utiliza da linguagem visual, linguagem falada, linguagem musical e linguagem escrita para compor significações que são próprias da linguagem audiovisual, sendo assim o vídeo é uma fórmula de comunicação que atrai a maioria das pessoas e de grande potencial educacional.

A Política Nacional de Promoção de Saúde (5), em sua primeira versão prevê o uso de tecnologias de educação e de comunicação social para o desenvolvimento de ações de Educação em Saúde. No documento é apresentada a estratégia de comunicação e educação para a promoção da saúde como um recurso potente para a sensibilização e capacitação de lideranças e formadores

de opinião. O que nos permite reconhecer o vídeo educativo como um meio de intervenção social, principalmente no campo das políticas em saúde de grande abrangência.(6)

Grossi et al (7) demonstram no trabalho de revisão integrativa sobre a importância da utilização de recursos midiáticos na educação em saúde, que há um aumento das estratégias de prevenção, de autocuidado e mudança de comportamento de risco quando são utilizadas mídias interativas para ações de promoção de saúde. Os autores revelam a importância da implementação de recursos tecnológicos para a educação em saúde, concluindo que “educação e tecnologia são indissociáveis”.

Justificativa

A série de vídeos “Saúde Bucal na infância vai ao encontro das ações propostas pela Lei 8.080 (8), Política Nacional de Atenção Básica (9) e Política Nacional de Saúde Bucal (10) que preveem: a educação permanente dos profissionais da educação, da saúde, e a educação em saúde para a população. A ferramenta educativa aqui proposta também dialoga com a versão mais atual da Política Nacional de Promoção de Saúde (11) que reafirma a importância de políticas públicas saudáveis e de ações em promoção da saúde que estabeleça estratégias de comunicação social e mídia, que utilize as diversas expressões comunicacionais, formais e populares para favorecer a escuta e vocalização de diferentes grupos envolvidos em ações direcionadas ao fortalecimento dos princípios das subjetividades individuais e coletivas, da integralidade e da intersetorialidade.

O produto educacional que será descrito é fruto de uma experiência educacional desenvolvida a partir de um processo de estudo, aprendizagem e prática reflexiva realizada no contexto da pesquisa de mestrado “O vídeo educativo na promoção de Saúde Bucal para bebês e crianças de 0 a 6 anos”.

A concepção de vídeo educativo aqui proposto é baseado no conceito da Pedagogia Audiovisual, que qualifica o vídeo como instrumento de ensino-aprendizagem e ferramenta que favorece a democratização dos saberes independentemente do nível de escolaridade e situação socioeconômica das populações.(12) Segundo Júlio Wohlgemuth, a comunicação audiovisual ao

integrar as linguagens verbais, não verbais e visuais amplia o seu potencial pedagógico e de transformação social, pois é capaz de: *sensibilizar* a população através de informações que retratam a problemática discutida e seus impactos no futuro; *educar* através da tomada de consciência de que é necessário intervir na realidade exposta e por fim *capacitar* através de informações que demonstrem possibilidades de implementação para efetivar essas mudanças almejadas. (12)

Outras proposições importantes no conceito da Pedagogia Audiovisual que baseiam essa proposta são: o compromisso com a comunicação em setores populares da sociedade, tradução da linguagem acadêmica para a linguagem popular, reconhecimento das imagens como um retrato da realidade e não a realidade em si, produção de imagens com significado sem se comprometer apenas com a estética (mas principalmente com a ética dos significados desejados) e a audiência do vídeo não se resumir apenas ao mero entretenimento, mas ser instrumento formativo potente de diálogo, de reflexões coletivas, de troca de saberes entre grupos de pessoas que se reúnem com a mesma finalidade e oportunidade de democratização de saberes para escolhas e tomadas de decisão consciente por todos os envolvidos no processo emancipatório.(12)

Produto Educacional: Série de Vídeos “Saúde Bucal na infância”

A série de vídeos educativos “Saúde Bucal na infância” traz um repertório de vídeos que são informativos, motivacionais, reflexivos e sensibilizadores, que tem a proposta de estimular a reflexão sobre a importância de ações preventivas em saúde bucal. A linguagem é simples, de fácil entendimento e objetiva com o intuito de fornecer informação ao público adulto, que podem ser profissionais de saúde, profissionais de educação e familiares que interagem com bebês e crianças no dia a dia.

Os vídeos são de curta duração com tempo aproximadamente de 10 a 19 minutos, com imagens de referência que exemplifiquem a realidade dos cuidados em saúde com bebês e crianças, garantindo assim uma aproximação real com o tema e tornando os vídeos didáticos e instrutivos.

O material foi elaborado a partir de uma abordagem educativa, onde há sempre um tema principal a ser discorrido, trazendo informações que contextualizem a temática tanto em seu processo histórico e social e revelando as

demandas da própria sociedade para os questionamentos e dúvidas que existem na atualidade. Tal estratégia foi utilizada para construir um conteúdo que fosse atrativo e dinâmico, para compor esse material foram utilizadas diferentes abordagens audiovisuais como: entrevista com diferentes profissionais da área da saúde e da educação, relato de experiências de pais e familiares, exibição de situações reais do cotidiano familiar e escolar no que se refere à prática de escovação e cuidados de higiene bucal, imagens de técnicas e procedimentos de escovação, imagens sobre os hábitos de alimentação saudáveis que favorecem o bom desenvolvimento articulatorio e da mastigação, imagens de situações reais de cárie, má-oclusão e doenças gengivais, entre outros.

Cabe ressaltar que todos esses temas recaem sobre as práticas sociais da boca na primeira infância, ressaltando a íntima relação da boca com nossas práticas culturais como: mamar, falar, comer, sorrir, morder, experimentar, comunicar e expressar sentimentos.

Os vídeos produzidos estão sob licença Creative Commons (CC BY-NC) que permite que outros remixem, adaptem e criem para fins não comerciais, e os futuros trabalhos que se utilizem de partes ou trechos deste material terão de atribuir o devido crédito e não podem ser usados para fins comerciais, e os usuários não têm a obrigação de licenciar os trabalhos derivados sob os mesmos termos.

O intuito de promover este material para fins não comerciais é, garantir acesso e compartilhamento dessa ferramenta educativa para o maior número de pessoas possível, vislumbrando que esse seja um instrumento formativo com potencial transformador que contribua por uma melhor qualidade de saúde de bebês e crianças no Brasil.

Ficha técnica do Produto Educacional

Título: Série de vídeos educativos “*Saúde Bucal na infância*”

Temática dos vídeos: Saúde Bucal da gestante, Aleitamento Materno, Hábitos de Higiene Bucal, Hábitos alimentares que favorecem a Saúde Bucal, Construção de Hábitos e Saúde Bucal na infância, O que é cárie?, A importância de cuidar da primeira dentição, O uso da chupeta e A importância do flúor

Autora: Silvia Helena Martins

Co-autora: Ana Maria Cervato Mancuso

Origem do produto: Dissertação de Mestrado intitulada “O vídeo educativo na promoção de Saúde Bucal para bebês e crianças de 0 a 6 anos”, desenvolvida no programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde da Universidade de São Paulo

Público-alvo: Adultos que interagem com bebês e crianças de 0 a 6 anos, como profissionais de saúde, profissionais de educação e familiares de bebês e crianças.

Áreas de estudo: Promoção de Saúde, Educação em Saúde, Saúde Bucal na infância, Educação popular em Saúde, Tecnologia da Educação, Vídeos educativos e Comunicação Audiovisual.

Sinopse dos vídeos da série “Saúde Bucal na infância”



Saúde Bucal da Gestante (Tempo: 10 min 53 seg)

É um vídeo expositivo que aborda de forma sensível a importância das ações preventivas com as gestantes, pois ao cuidarem da sua própria saúde bucal constroem bons hábitos e influenciam positivamente na saúde bucal de seus filhos/filhas. No vídeo são apresentadas falas de profissionais de saúde que identificam situações peculiares vivenciadas pelas gestantes como vômitos recorrentes, alteração hormonal e mudanças alimentares, e orientam sobre atitudes preventivas para evitar problemas bucais durante a fase da gestação. Médico e dentista recomendam uma boa alimentação e cuidados com a higienização da boca, pois essas escolhas maternas no período da gestação podem contribuir para a saúde da mulher, previnem complicações durante o parto e favorecem o nascimento de um bebê saudável.

Link de acesso: <https://youtu.be/Xr7RQIL4Y9o>



Aleitamento Materno (Tempo: 12 min 21 seg)

É um vídeo motivacional e informativo que se utiliza de imagens reais, desenhos e depoimentos para conscientizar sobre a importância do aleitamento materno em relação aos benefícios dessa prática para a Saúde Bucal do bebê. Nesta breve narrativa são apresentadas falas de profissionais da saúde que apresentam as propriedades do leite materno, como o consumo de leite materno contribui para o desenvolvimento dos ossos, músculos, dentes e língua e como a prática de amamentação estimula os movimentos de sucção que fortalecem as musculaturas da face e colaboram para um desenvolvimento harmonioso, favorecendo assim um posicionamento adequado dos dentes e uma boa respiração.

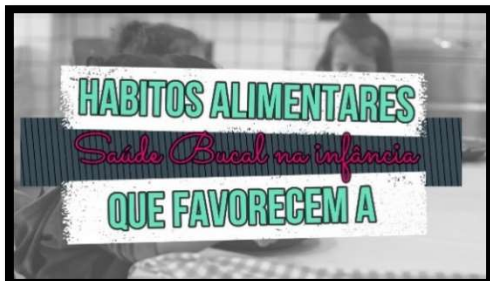
Link de acesso: <https://youtu.be/Gjhu7iDq2J8>



Hábitos de Higiene Bucal (Tempo: 11 min 43 seg)

O vídeo sensibiliza sobre a importância da escovação dos dentes, exemplificando como se forma a placa bacteriana através do consumo de alimentos do dia a dia e o porquê é preciso remover esses restos alimentares. São apresentadas as técnicas de higiene, desde o uso do fio dental como também alguns movimentos da técnica de escovação e o posicionamento de bebês e crianças durante a escovação. No vídeo são compartilhadas falas e orientações da odontopediatra Sílvia Lavínia, que destaca a importância da presença de um adulto que realize ou oriente as crianças quanto ao uso adequado do creme dental como também na realização dos movimentos de higienização dos dentes e língua.

Link de acesso: <https://youtu.be/z1GVaYmULbk>



Hábitos alimentares que favorecem a Saúde Bucal na Infância

(Tempo: 18 min 58 seg)

É um vídeo informativo e reflexivo, que através de diferentes falas de profissionais de saúde, educação e relato de experiência de mães, discorre sobre a construção de hábitos alimentares saudáveis durante as fases de crescimento e desenvolvimento ao longo da infância. A narrativa destaca a importância dos hábitos alimentares da família, a influência das escolhas alimentares da mãe durante a gestação e a amamentação, a importância do aleitamento materno, informações e possibilidades de como realizar a introdução alimentar e a necessidade de favorecer experiências positivas que incentivem descobertas e desenvolvimento de preferências alimentares saudáveis.

A proposta desse material é incentivar o questionamento individual e coletivo sobre como oferecemos oportunidade de alimentação com refeições compartilhadas que sejam repletas de significados sensoriais e ao mesmo tempo afetivos.

Link de acesso: <https://youtu.be/SLB1HF7x3cl>



Construção de Hábitos e Saúde Bucal na infância

(Tempo: 11 min 06 seg)

É um vídeo motivacional que parte de reflexões de educadoras sobre a importância de construir hábitos na infância, inclusive os hábitos de higiene bucal. A todo momento as crianças observam os adultos, imitam suas ações, se projetam e estabelecem relações ao observar os comportamentos e atitudes que lhes rodeiam, assim todo hábito é construído a partir de suas experiências do dia a dia. Profissionais da saúde e educação discorrem de maneira envolvente sobre a importância de se construir momentos prazerosos para estimular os cuidados com a higiene bucal desde muito pequenos, trazendo informações sobre as escolhas dos materiais de escovação mais adequados, incluindo dicas de familiares de como interagir e dar autonomia para os pequenos no processo de aquisição de hábitos saudáveis de higiene bucal.

Link de acesso: <https://youtu.be/VUhTV8jVUeo>



O que é cárie? (Tempo: 15 min 52 seg)

É um vídeo informativo que esclarece como acontece a doença cárie, a temática é apresentada de forma objetiva e em linguagem simples, permitindo a compreensão dos fatores que podem ocasionar a cárie e como podemos evitar que ela aconteça através de uma dieta equilibrada e da higienização adequada dos dentes. O vídeo também retrata a temática de maneira sensibilizadora ao identificar os impactos negativos que a cárie traz na qualidade de vida das pessoas, principalmente em crianças que tem maior dificuldade de identificar os incômodos, como: dor incessante, dificuldade de se alimentar, diminuição da ingestão de alimentos, desconforto no momento do sono e irritabilidade. Por fim, o vídeo finaliza com uma mensagem motivadora, evidenciando que essa é uma realidade que pode ser mudada e que uma melhor qualidade de vida pode ser conquistadas por todos.

Link de acesso: <https://youtu.be/Mkv6ACe00EE>



A importância de cuidar da primeira dentição

(Tempo: 12 min 30 seg)

O vídeo apresenta de maneira envolvente as práticas sociais da boca, principalmente durante a infância, que podem ser: mamar, comer, sorrir, morder, experimentar, falar, comunicar e expressar sentimentos. Através de falas de profissionais da saúde e educação e de imagens significativas, o vídeo reafirma as infinitas potencialidades da boca no processo de descobertas e de construção da identidade. O material convida à reflexão sobre a importância de cuidar da boca durante a infância, destacando assim as fases de crescimentos dos primeiros dentes e os benefícios que a manutenção da primeira dentição se revelam na qualidade de vida ao longo de toda vida. Assim, o vídeo se propõe a refletir de maneira sensibilizadora sobre a relevância do cuidado com a saúde da boca durante a infância, desconstruindo alguns mitos que circundam essa temática.

Link de acesso: <https://youtu.be/LNshofRYu0>



O uso da chupeta (Tempo: 14 min 35 seg)

É um vídeo sensibilizador e informativo que convida à reflexão sobre o uso da chupeta. O vídeo relata que desde a Idade Média já se tem registros do uso de chumaços de pano para acalmar os bebês e até hoje é um hábito que se perpétua sem que haja grandes discussões. No vídeo são apresentadas falas de odontopediatra e fonoaudióloga que relatam a necessidade de sugar dos bebês, comentam sobre os prejuízos que o uso da chupeta pode trazer na qualidade de vida dos bebês e crianças ao longo da vida e estimula a repensar a escolha de oferecer a chupeta ou não. Por fim os profissionais de saúde e educação reforçam a importância da família nesse processo de escolha, identificando as necessidades individuais de cada criança.

Link de acesso: https://youtu.be/zGZFc6m_TOE



A importância do flúor (Tempo: 9 min 43 seg)

É um vídeo informativo que apresenta o elemento químico flúor como aliado na prevenção de cárie, destaca os estudos científicos que comprovam seus benefícios e incentiva a estratégia de fluoretação das águas como política pública de combate a cárie de toda população brasileira. Profissionais de saúde revelam como age o flúor quando está presente na cavidade bucal e como funciona como elemento protetor dos dentes, e ainda oferece dicas e informações aos familiares de como armazenar os cremes dentais e conscientiza sobre a importância do adulto em acompanhar a escovação e administrar a quantidade correta de creme dental evitando problemas com a ingestão de flúor em excesso.

Link de acesso: <https://youtu.be/SJh27-b-9xc>

Validação do conteúdo educativo da série de vídeos

A série de vídeos “Saúde Bucal na infância” passou pela etapa de validação de conteúdo através de uma pesquisa de opinião. O material foi disponibilizado para avaliação através de formulários eletrônicos, onde os avaliadores puderam conhecer a proposta educativa da série, ter acesso aos vídeos, e consultar a sinopse dos vídeos. Como o conteúdo educativo é sobre Saúde Bucal, os avaliadores foram especialistas da área de saúde, que atuam na odontologia. Para traçar o perfil dos avaliadores foram elaboradas duas perguntas, sobre a área de formação e o tempo de atuação na carreira. Para validar o conteúdo educativo dos vídeos foram elaboradas duas perguntas de opinião, sobre a adequação do conteúdo educativo em relação as orientações das políticas públicas em Saúde Bucal no Brasil e a adequação do conteúdo educativo em relação as informações das pesquisas científicas mais atuais.

A resposta da avaliação pode ser consultada no quadro resumo abaixo:

| Título do vídeo | Número de avaliadores | O conteúdo educativo do vídeo está de acordo com as orientações presentes nas políticas públicas de Saúde Bucal do Brasil. | | O conteúdo educativo do vídeo está de acordo com as pesquisas científicas mais atuais | | Tempo de formação na área |
|---|-----------------------|--|-----------------------|---|-----------------------|---------------------------|
| | | Concorda totalmente | Concorda parcialmente | Concorda totalmente | Concorda parcialmente | |
| Hábitos alimentares que favorecem a Saúde Bucal na infância | 7 | 100,0% | 0,0% | 100,0% | 0,0% | 27,8 |
| O que é cárie? | 6 | 100,0% | 0,0% | 100,0% | 0,0% | 23,6 |
| O uso da chupeta | 7 | 100,0% | 0,0% | 100,0% | 0,0% | 27,8 |
| Saúde Bucal da gestante | 8 | 100,0% | 0,0% | 100,0% | 0,0% | 24,4 |
| Hábitos de Higiene Bucal | 6 | 100,0% | 0,0% | 100,0% | 0,0% | 23,3 |
| Aleitamento materno | 6 | 100,0% | 0,0% | 100,0% | 0,0% | 30,0 |
| A importância do flúor | 10 | 80,0% | 20,0% | 80,0% | 20,0% | 30,2 |
| Construção de Hábitos e Saúde Bucal na infância | 6 | 83,4% | 16,6% | 83,4% | 16,6% | 27,5 |
| A importância de cuidar da primeira dentição | 6 | 100,0% | 0,0% | 83,4% | 16,6% | 30,3 |

Nos formulários havia espaço para comentários dos avaliadores, segue alguns exemplos de devolutivas:

“O conteúdo do vídeo está excelente, esclarecendo de uma forma clara, os benefícios do aleitamento materno”

“A fala está bem clara, conceitos bem explicados, com belas imagens e passagens”

“O conteúdo do vídeo, foi claro, no esclarecimento sobre a importância do flúor.”

“Realmente excelente qualidade de filmagem e som. Alguns conceitos apresentados podem ser discutidos”

“O vídeo é bem explicativo e interativo, ajuda muito com seu conteúdo”

“Achei muito interessante o vídeo, e usaria como material educativo.”

“Todos os vídeos trazem os assuntos muito bem apresentados e explicados de forma bem didática. O interessante que teve a participação de profissionais de diversas áreas. Serão muito úteis nos grupos desenvolvidos no meu local de trabalho, UBS. No momento essas atividades estão suspensas. Acredito que no ano que vem retomaremos os grupos educativos e com certeza usaremos os vídeos. Sensacional!”

Guia de orientação do uso do Produto Educacional

Onde encontrar?

A série de vídeos educativos pode ser acessada através do canal do Youtube “Saúde Bucal na infância”, ou através do Portal Educapes e do Portal Saúde Bucal da Criança.

Como utilizar o vídeo?

O vídeo poderá ser utilizado como uma ferramenta educativa em ações de promoção de saúde, em momentos e espaços de formação coletiva, com o objetivo de promover a democratização de saberes e estimular a formação reflexiva das pessoas sobre a temática de Saúde Bucal na infância a partir de diferentes perspectivas e com uma visão interdisciplinar.

O material poderá ser utilizado em encontros presenciais como: grupos de formação de gestores da educação, grupos de formação continuada de professores, roda de conversas com pais e familiares promovidos por instituições escolares, grupos de formação interdisciplinar entre profissionais de saúde e educação, grupos educativos com gestantes e puérperas realizados em Unidades Básica de Saúde, grupos de Odonto Bebê para pais e familiares de bebês e crianças até 3 anos, disciplinas de curso técnico de formação em saúde, formação

de Agentes Comunitários de Saúde, encontros multidisciplinares de profissionais de saúde, e até mesmo em cursos livres promovidos por instituições não governamentais que promovam práticas sociais que beneficiem a saúde e bem estar de bebês e crianças.

A utilização em plataformas digitais também é uma possibilidade de uso, porém cabe ressaltar que o vídeo utilizado de maneira isolada, sem intencionalidade e sem espaço de reflexão coletivo será mais restrito, não atingindo todo o seu potencial formativo. É imprescindível que o material seja disponibilizado em plataformas que abarquem as possibilidades de diálogo, que haja mediadores que impulsionem falas espontâneas, comparem diferentes possibilidades de realizar as mesmas práticas, que valorizem as práticas já realizadas e possibilitem formas de ampliar ou melhorar as práticas culturais de cada sujeito envolvido no processo.

Propõe-se que os vídeos sejam utilizados em práticas formativas pautadas em relações horizontais, que compreenda as diversas realidades da população, que respeite os diversos saberes e promova a troca de aprendizagens, que amplie a participação dos diferentes atores sociais que interagem com bebês e crianças e que proporcione efetivamente transformações significativas na qualidade de vida a longo prazo.

Entre as inúmeras estratégias que podem potencializar o uso desse material prevê-se o protagonismo do espectador, de maneira que se permita o diálogo e a interlocução, não restringindo se apenas as temáticas apresentadas no vídeo, mas que os vídeos sejam instrumento de estímulo que despertem a curiosidade e interesse dos espectadores sobre as práticas culturais de promoção de saúde na infância.

Nesse sentido, sugere-se que os vídeos sejam utilizados em ações educativas com a participação de mediadores que impulsionem a troca de saberes, através de rodas de conversas, diálogos abertos, debates, de modo a promover o interesse pelo tema e a mudança de comportamento nos indivíduos de forma colaborativa.

Material de apoio didático da série “Saúde Bucal na infância”

Para construir os conteúdos educativos e compor os roteiros da série de vídeos “Saúde Bucal na Infância” foram realizadas leituras de políticas públicas, análise documental, levantamento bibliográfico e a elaboração de revisão de literatura atualizada com embasamento científico sobre cada tema retratado na série. Durante esse processo foram selecionadas as orientações e informações mais relevantes e as evidências mais consistentes que fundamentam as práticas em saúde, e após a pesquisa destes documentos foram redigidos textos que são material de apoio didático do produto educacional elaborado

O levantamento bibliográfico realizado serve como apoio teórico para enriquecer as rodas de diálogo, discussões ou outras estratégias educativas que permitam uma reflexão mais aprofundada sobre o tema. O material escrito poderá contribuir para aprofundamento sobre as temáticas, sendo objeto de leitura compartilhada entre os membros do grupo de discussão, como também fonte de informação para a formação dos mediadores dos grupos formativos. A bibliografia do material também poderá ser utilizada como guia na busca de materiais científicos atuais e contextualizados.

Segue abaixo os textos que podem ser consultados sobre: Saúde Bucal da gestante, Aleitamento Materno, Hábitos de Higiene Bucal, Hábitos alimentares que favorecem a Saúde Bucal, O que é cárie?, A importância de cuidar da primeira dentição, O uso da chupeta e A importância do flúor.

Saúde Bucal da gestante

As mães, em nossa cultura, têm uma posição de destaque dentro da família. Normalmente são elas que tomam para si o cuidado com a saúde da família, escolhem os produtos alimentícios a serem consumidos, providenciam os cuidados de higiene e limpeza do domicílio, orientam e organizam os cuidados de limpeza pessoal tanto seu quanto dos filhos, enfim, têm uma forte influência nos cuidados gerais com a saúde de toda a família.(13)

O período da gestação é um período privilegiado para trabalhar conteúdos educativos com a futura mãe, relativos à sua saúde e à saúde de seu filho. A

gestante encontra-se receptiva à novos conhecimentos e tem um potencial de multiplicação e transformação dos cuidados relativos à saúde de sua família, podendo proporcionar maior qualidade de vida para si e para os seus. (13,14,15,16)

A saúde bucal da gestante tem relação direta com a sua saúde geral e pode influenciar de uma forma importante a saúde geral e bucal do seu bebê.(14)

Sendo assim, ações educativas e preventivas relativas à saúde geral, bem como à saúde bucal junto às gestantes, são fundamentais para que elas possam cuidar da sua saúde geral, e saúde bucal, da melhor forma possível e também introduzir hábitos de vida saudáveis às suas crianças, desde o início da vida.(13)

É muito importante as gestantes se apropriarem de informações relativas a possíveis alterações bucais durante a gestação para poderem lidar melhor com essas questões.(17) Muitas gestantes sofrem durante a gestação com problemas relativos à saúde bucal. Os problemas bucais mais comuns durante a gestação são: cárie dentária, gengivite (inflamação com sangramento da gengiva), hiperplasia gengival (gengiva inchada e vermelha), erosão dentária (desgaste dos dentes), granuloma gravídico (crescimento da gengiva) e xerostomia (alteração na saliva).(18)

Embora esses problemas sejam comuns durante a gestação, é importante destacar que os dentes da mulher não se alteram em decorrência da gestação. É mito que o bebê rouba o cálcio do dente da mãe. A cárie na gestante é decorrente de condições locais como a dieta, que pode sofrer alterações tanto na frequência como na qualidade dos alimentos, associada à uma higiene bucal negligenciada ou mudanças na flora bucal.(13,18).

As alterações nos hábitos alimentares das gestantes normalmente estão associadas à diminuição volumétrica do estômago e portanto a gestante alimenta-se em pequenas quantidades, várias vezes ao dia e esse aumento de frequência acaba aumentando o risco de cárie, principalmente se a dieta for rica em alimentos cariogênicos.(13,17)

Outro fator a ser considerado durante a gestação, é que nos primeiros meses há um aumento do fluxo salivar e este excesso de salivação pode estar provocando náuseas e vômitos. Se esta situação persistir durante a gravidez acaba provocando a queda na capacidade tampão da saliva e conseqüentemente aumentando o risco de cárie.(13)

A erosão dentária é um tipo de desgaste que ocorre na superfície do dente, provocado pela ação de substâncias químicas ácidas sobre o dente, porém, sem o envolvimento de bactérias. A erosão pode ser decorrente de fatores extrínsecos, como a dieta, meio ambiente e medicamentos ou fatores intrínsecos, como os vômitos, a regurgitação do ácido gástrico, bulimia ou diminuição do fluxo salivar.(19)

A erosão dentária nas gestantes pode ser decorrente de fontes extrínsecas, pois muitas gestantes têm uma certa tendência de se alimentar com alimentos ácidos e também decorrente de fontes intrínsecas como os vômitos frequentes. O desgaste do esmalte provocado pela erosão pode causar sensibilidade ao calor e ao frio nos dentes.(18)

Para se evitar a erosão intrínseca provocada pelos vômitos, recomenda-se que a gestante enxague a boca logo após vomitar com solução de bicarbonato de sódio ou enxaguante bucal contendo flúor. Essa medida procura neutralizar os ácidos gástricos evitando a erosão dentária. (18)

Em decorrência das alterações hormonais, podem ocorrer alterações na flora bucal da gestante, deixando-a mais susceptíveis às doenças que afetam os tecidos de sustentação dos dentes, como ossos e gengivas.(13,17,18) As gestantes ficam mais susceptíveis às doenças gengivais/periodontais em decorrência do aumento dos níveis de hormônios (progesterona), que tornam a região mais sensível à placa bacteriana, ou seja, a higiene bucal adequada evita que estes problemas venham a ocorrer. (13)

A gengivite é a inflamação da gengiva, e é bem comum durante a gestação (13). Mas a gengivite é uma inflamação transitória, e à medida que a gestante escovar adequadamente os dentes e passar o fio dental regularmente, estará evitando a continuidade ou progressão da doença. (18)

Um possível desdobramento da gengivite, se não for adequadamente tratada é a periodontite, que é uma infecção que afeta de forma mais profunda os tecidos de sustentação dos dentes, podendo inclusive provocar retração gengival, destruição do osso e ligamento periodontal trazendo consequências irreversíveis para os tecidos de sustentação dos dentes. Gestantes portadoras de diabetes melito são mais susceptíveis a ter a doença periodontal. (18) Mas é preciso ficar claro que a gestação não provoca a doença periodontal, na realidade, as alterações hormonais presentes durante a gestação é que provocam uma

resposta exacerbada dos tecidos periodontais frente aos fatores agressores.(13,18) Manter uma higiene bucal adequada e a visita regular da gestante ao dentista podem evitar esses problemas.

Existem pesquisas que relacionam a doença periodontal na gestante à pré-eclâmpsia, partos prematuros e bebês de baixo peso (18), porém ainda não existem evidências científicas robustas que confirmem estes achados.(20)

Algumas gestantes podem ter a sensação de boca seca (xerostomia) durante a gestação. O que se aconselha é que a gestante consuma água frequentemente, podendo também mastigar goma-de-mascar sem sacarose, contendo xilitol para aliviar o ressecamento.(18)

O granuloma gravídico é uma lesão benigna de crescimento rápido, que ocorre geralmente no primeiro trimestre da gestação, podendo se prolongar até o terceiro trimestre.(18)

Essa lesão normalmente está associada à presença de fatores locais, como placa bacteriana, tártaro e/ou excesso de material odontológico restaurador na superfície do dente. Normalmente é necessária a excisão cirúrgica do granuloma gravídico, mas muitas vezes ele é recorrente se medidas de higiene adequada não são tomadas, sendo muito importante seguir as orientações dos profissionais para se evitar essa recorrência.(18)

Mas, é preciso considerar que ainda existem muitas crenças e mitos que acompanham as gestantes de que o tratamento odontológico durante a gestação pode trazer prejuízos ao desenvolvimento do bebê, trazendo dificuldades para o acompanhamento da saúde bucal da gestante durante o pré-natal (REIS et al., 2010). Os autores constataram que a maioria das gestantes associa saúde bucal à saúde geral, mas mesmo assim não procura a assistência odontológica durante a gestação.(13)

O melhor período para a gestante realizar o atendimento odontológico é o segundo trimestre, mas não existem evidências que tratamentos preventivos ou curativos em qualquer período da gestação possa trazer prejuízos à saúde da gestante ou do bebê.(18)

Desde que absolutamente necessárias, as radiografias odontológicas podem ser realizadas durante a gestação em qualquer trimestre da gestação, desde que medidas adequadas sejam tomadas, como o uso de filmes ultrarrápidos e utilização de avental de chumbo.(21)

A questão da dieta é importante em todas as fases da vida, mas principalmente quando a mulher está gestando um novo ser, então a mãe deve ser orientada a ter uma dieta equilibrada com frutas, verduras, legumes, grãos integrais, carnes, ovos, feijão, leite, nozes, que além de proporcionar uma melhor saúde para a mãe e o bebê, favorece a formação adequada dos dentes do bebê, que já começam a se formar na sexta semana de gestação (os dentes decíduos) e o primeiro molar permanente já começa a se formar aproximadamente no quinto mês de gestação. Da mesma forma que para outras pessoas, as futuras mães devem ingerir uma quantidade limitada de produtos açucarados e dentro dos horários das refeições.(18)

Atualmente a Organização Mundial de Saúde recomenda como parte da assistência à gestante suplementação diária oral de ferro e ácido fólico, de forma a prevenir o baixo peso ao nascer, anemia materna e deficiência de ferro e malformações congênitas.(22)

Os pesquisadores também observam que a maioria das gestantes não tem conhecimento sobre os prejuízos provocados pela amamentação noturna prolongada, uso indevido de chupetas e mamadeiras, consumo de açúcar para o preparo de alimentos do bebê, higiene bucal do bebê, concluindo que as mães são geralmente desconhecem os cuidados necessários com a saúde bucal do bebê.(13)

Durante a vida intrauterina o bebê já começa a perceber os sabores. Estudos mostram que se a mãe faz ingestão de alimentos adocicados, os bebês mostram expressões de prazer no ultrassom e realizam até 5 vezes mais deglutições em comparação à média para a idade fetal. O oposto também é verdadeiro, os bebês diminuem a deglutição com estímulo amargo.(23)

O leite materno apresenta mudança de sabor de acordo com os alimentos que a mãe ingere. Desta forma, quanto maior a diversidade de alimentos que a mãe ingere durante a gestação e período de aleitamento materno exclusivo, mais sabores diferentes o bebê vai conhecer, favorecendo a aceitação de alimentos na época da alimentação complementar. Os autores também alertam para a mãe limitar o consumo de açúcar na sua dieta, com o intuito de não estimular o consumo de açúcar pelo seu filho no futuro.(23)

Diversos estudos têm demonstrado que ações de educação em saúde realizadas durante o pré-natal apresentam grande importância na aquisição de

conhecimentos pelas gestantes, favorecendo o desenvolvimento de hábitos saudáveis e preventivos para a saúde da mulher, dos seus filhos e de todos os familiares.(13)

Aleitamento Materno

Na década de 70 inicia-se um movimento que visava a retomada da amamentação como forma preferencial de alimentar bebês e crianças. Este movimento de resgate à cultura e prática da amamentação buscava conscientizar as pessoas sobre os benefícios da amamentação para a saúde da mãe e do bebê.(24) No decorrer da década de 1980, publicam-se estudos que comprovam a importância do aleitamento materno exclusivo, sem qualquer outro líquido, seja água ou chá, identificando um menor risco de morbidade e mortalidade entre as crianças amamentadas.(25)

Entre os principais benefícios do aleitamento materno para o bebê podemos citar: criação de vínculo afetivo entre mãe e filho, o leite materno como nutrição completa e adequada às necessidades nutricionais do bebê, o leite materno como vacina natural de proteção contra infecções, alergias e doenças crônicas, amamentação como fator importante para a redução da mortalidade infantil e amamentação como fator importante para o desenvolvimento físico e psicossocial da criança.(23)

Desde então vem sendo construído um amplo referencial teórico que evidencia a importância da prática de amamentação, os impactos positivos na qualidade de vida dos bebês que vivenciam o aleitamento materno e a superioridade do leite materno sobre seus pretendidos substitutos.(24)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimula o aleitamento materno exclusivo a partir do nascimento até os 6 meses de idade. A partir dos 6 meses o bebê já tem habilidade para aprender a mastigar e, portanto, há a indicação da introdução de alimentos complementares saudáveis. Recomenda-se a amamentação contínua até pelo menos 2 anos de idade, visto que o aleitamento materno, além de atender às necessidades nutricionais do bebê, inclui fatores imunológicos, componentes bioativos essenciais, substâncias antimicrobianas e anti-inflamatórias, além de enzimas e fatores de crescimento.(26)

Evidências científicas apontam que o aleitamento materno reduz a mortalidade infantil. A mortalidade por todas as causas poderia ser reduzida em 16,3% se todas as crianças iniciassem a amamentação no primeiro dia de vida, e em 22,3% se a amamentação ocorresse na primeira hora de vida (25).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria todas as maternidades devem aderir ao aleitamento materno na primeira hora de vida (*Golden Hour*), visto que essa prática é rotineira nos Hospitais Amigos da Criança pois compreende-se que o leite materno é o alimento com maior quantidade de nutrientes protetores para recém-nascidos, ajudando assim a reduzir a mortalidade neonatal.(27)

Crianças amamentadas que não recebem nenhum outro tipo de leite, além do leite materno, apresentaram risco 14 vezes menor de vir a morrer por diarreia, no primeiro ano de vida, quando comparadas às crianças que não foram amamentadas. Em relação às crianças menores de dois meses de idade, o risco de morte por diarreia entre aquelas que não estão sendo amamentadas no peito é 23 vezes maior quando comparadas às amamentadas. As crianças amamentadas exclusivamente no peito têm um risco 17 vezes menor de virem a ser internadas por pneumonia do que as aquelas que não recebiam leite materno.(25)

Crianças amamentadas exclusivamente no peito até os 6 meses apresentaram uma redução de 12% do risco de morte por doenças infecciosas, quando comparadas às crianças que não foram amamentadas.(23)

A amamentação colabora para o correto desenvolvimento das estruturas orofaciais, visto que no momento da mamada os músculos mastigatórios são acionados, criando um registro de memória motor, que irão favorecer o aprendizado da mastigação. O desenvolvimento orofacial é responsável pelas funções orais de: sucção, respiração, mastigação, deglutição e fonoarticulação (fala). Essas funções estão relacionadas ao processo de nutrição, de crescimento, de comunicação e desenvolvimento da dentição decídua.(23)

Durante a amamentação a criança realiza movimentos musculares que estimulam o desenvolvimento orofacial, tanto muscular como ósseo, resultando em crescimento facial harmônico. O exercício muscular durante a amamentação favorece a respiração nasal, previne grande parte dos problema de desenvolvimento das arcadas e de posicionamento dos dentes e favorece a

obtenção de um tônus muscular orofacial adequado que irá interferir positivamente nas funções de mastigação, deglutição e fonação.(23)

Em relação ao aleitamento materno e a cárie dentária na infância, os estudos apresentam resultados discrepantes. Um estudo realizado no Japão com 43.383 crianças encontrou uma associação entre amamentação por pelo menos 6 ou 7 meses e elevado risco de cárie dentária aos 30 meses de idade.(28)

Um estudo realizado na China, envolvendo 40.360 crianças de 3 a 5 anos identificaram que as crianças com maiores chances de permanecerem livres de cárie foram as que realizavam aleitamento misto, quando comparadas com aquelas que realizaram aleitamento materno exclusivo, predominantemente aleitamento materno ou eram alimentadas apenas por fórmulas.(29)

Outros estudos apontam que crianças que realizam o aleitamento materno até os 12 meses foram significativamente menos afetadas por cárie do que crianças que usavam mamadeira para se alimentar (30). Considerando que o açúcar está presente na dieta de grande parte dos bebês alimentados com mamadeira, isso aumenta o potencial cariogênico do uso de bicos artificiais.(30,23) Peres et al (31), observaram que as crianças que foram amamentadas até os 12 meses ou de 13 a 24 meses apresentaram risco semelhante de cárie, porém aquelas amamentadas por mais de 24 meses tiveram mais superfícies dentais afetadas pela cárie dentária, mas os autores reconhecem algumas limitações no estudo.

Portanto, não existe consenso na literatura sobre o risco de cárie para as crianças amamentadas, visto que são inúmeros os fatores que influenciam para o desfecho, não podendo ser analisados de forma isolada.(32)

Em relação ao uso de mamadeiras outro aspecto a ser considerado é o risco de contaminação, e principalmente o grande potencial que este artefato tem de substituir a amamentação natural, sendo recomendado evitar o uso de mamadeiras, e caso a criança não possa receber o leite diretamente do peito da mãe, é recomendado que se utilize copo ou colher para alimentar a criança.(25)

Durante o aleitamento materno, o movimento de ordenha do leite favorece o trabalho muscular de língua, lábios e mandíbula e a coordenação entre sucção, respiração e deglutição. Assim o bebê que realiza o aleitamento materno tem uma maior probabilidade de apresentar um desenvolvimento orofacial harmonioso. Estudos indicam que o uso de mamadeiras e chupetas promovem estímulos

completamente diferentes, influenciando na função muscular, no posicionamento da língua e das arcadas dentárias, influenciando de maneira negativa a sucção e a deglutição, sobrecarregando as musculaturas, podendo provocar a diminuição da base nasal e acarretar problemas respiratórios e oclusais no futuro.(23)

Estudos científicos com evidências consistentes identificam que o uso da chupeta está associado a menor duração do aleitamento materno entre crianças de 1 a 24 meses. O uso da chupeta é fator fortemente relacionado a interrupção da amamentação exclusiva, e a redução do uso da chupeta contribui significativamente para o aumento das taxas de aleitamento materno exclusivo.(33,34) A OMS desencoraja fortemente o uso de chupetas em crianças amamentadas. Tal recomendação faz parte do documento intitulado: “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” em que se baseia os princípios do Hospital Amigo da Criança.(33)

A partir das considerações científicas apresentadas podemos concluir que estimular o aleitamento materno é uma intervenção de saúde pública que possibilita melhores condições de saúde bucal e conseqüentemente melhor qualidade de vida. A promoção do aleitamento materno exclusivo é uma intervenção em saúde pública com grande potencial para reduzir a mortalidade infantil.(25)

A sucção é o maior estímulo para a produção de leite, sendo que a composição do leite materno se ajusta às necessidades nutricionais do bebê em cada fase, assim, quanto mais o bebê suga, mais leite a mãe produz. O leite materno possui hormônios que auxiliam no controle exato do volume de leite a ser ingerido pelo bebê e regulam assim o apetite.(23)

A amamentação favorece um contato mais íntimo e a criação de vínculo afetivo entre mãe e bebê. A mulher que opta por realizar o aleitamento materno de forma consciente, atua na promoção de saúde bucal do próprio filho.(35)

A Caderneta de Saúde da criança para estimular a adesão ao aleitamento materno, orienta o diálogo e a troca de experiências com outras mulheres, como: amigas, vizinhas e familiares, que tiveram experiências positivas de amamentação e amamentaram durante bastante tempo seus bebês.(35)

Por fim é preciso considerar que não basta a mulher estar informada das vantagens do aleitamento materno e optar por esta prática. O aleitamento materno é um processo de aprendizagem para a mãe e para o bebê. Para que a mulher

consiga levar adiante essa sua opção é preciso que esteja amparada por uma rede de apoio, que dê suporte social. A mãe precisa estar inserida em um ambiente favorável à amamentação, que receba o apoio da família, dos profissionais de saúde e que possa se dedicar ao cuidado e a amamentação. É preciso que toda a comunidade reconheça a importância desta prática para a saúde das populações futuras, que esta não é uma prática que visa apenas a promoção de saúde no âmbito individual, mas também uma ação de impacto coletivo.(25)

Hábitos de Higiene Bucal

Os hábitos de higiene bucal são referidos desde o Antigo Testamento, e faz referência aos costumes do povo hebreu desde a antiguidade, que cultuam a importância dos dentes bons e da estética. Na análise histórica apontada por Silva (36), o livro de Celso (25 a.C. – 50 d.C.) revela registros sobre a necessidade de higiene bucal, explicitando: “Deveriam ser raspadas as manchas negras dos dentes, esfregando-os com uma mistura de pétalas de rosa trituradas, galhas e mirra, e em seguida bochechando com vinho puro”.

Embora a preocupação com a higiene bucal seja bastante antiga, somente a partir da década de 1960 a placa dentária passou a ser reconhecida por sua importância na etiologia da cárie e da doença periodontal.(36)

Atualmente, a literatura científica não deixa dúvida que a cárie é resultado da presença da placa bacteriana/biofilme, e é por isso que é tão importante removê-la.(37)

De acordo com a Profa. Andriara de Rossi Daldegan, do Departamento de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, a higiene da boca do bebê deve ser iniciada antes mesmo da erupção dos primeiros dentinhos, com o objetivo de se criar o hábito de limpeza da cavidade bucal tanto na criança quanto nos pais. Se a higiene bucal é iniciada nesse período, a criança se acostumará com a manipulação de sua cavidade bucal realizada pela mãe ou responsável e a sensação de boca limpa, estimulando um hábito que deve perdurar por toda a vida.(38)

Antes da erupção dos primeiros dentinhos, a higiene deve ser realizada com gaze ou fralda limpa (utilizada unicamente para esta finalidade). A fralda ou

gaze deve ser envolta ao redor do dedo indicador e pode ser umedecida com soro fisiológico, água destilada ou ainda mesmo água filtrada ou fervida. Está contraindicado o uso de substâncias antimicrobianas, pois pode provocar alteração na microbiota bucal do bebê.(38)

Essa atividade deve ser realizada pelo menos uma vez ao dia, de preferência antes de dormir. A mãe ou o responsável também pode estar realizando esse cuidado durante ou após o banho, associando a higiene bucal com a higiene corporal do bebê.(38)

Após a erupção do primeiro dentinho, deve-se dar preferência à higienização com o uso da escova dental. O uso de gaze ou fraldinha é transitório, nesta fase, até a mãe e o bebê se adaptarem à nova realidade. A partir da erupção dos dentes posteriores (molares decíduos) é imprescindível a utilização da escova dental para uma higiene adequada.(38)

A escova deve ser pequena, compatível ao tamanho da criança, as cerdas macias e a ponta arredondada (Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, 2020). O creme dental para crianças deve ter abrasividade média.(39)

A partir da erupção dos primeiros dentinhos também deve-se iniciar o uso de creme dental com Flúor, mas em uma quantidade bem reduzida, comparável ao tamanho de um grão de arroz cru, pois a criança ainda não sabe cuspir e portanto estará engolindo o creme dental (Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, 2020). Uma das formas indicadas de se colocar essa quantidade de creme dental na escova da criança é tocar levemente as cerdas da escova na parte interna da tampa do creme dental (Técnica da Tampa). O creme dental deve conter 1.100 ppm de Flúor (39,40) igual ao creme dental utilizado pelos adultos, o que vai mudar é a quantidade de creme dental a ser utilizado. A higienização com escova e creme dental deve ser realizada pelo menos uma vez por dia.(38)

Além do benefício do Flúor presente no creme dental, de acordo com Cury(39), quando a escovação é realizada com dentifício é removida uma maior proporção da placa dental, quando comparada à escovação realizada só com água, além disso, estudos indicam que 12 h após a última escovação realizada com dentifício, a formação de placa é 45% menor quando comparada à quantidade de placa formada, nesse mesmo período de tempo, quando apenas água é utilizada durante a escovação. Embora uma boa escovação só com água

possa remover praticamente toda a placa bacteriana, o dentífrico pode ajudar bastante se a higiene não for perfeita. Como uma higiene perfeita é difícil de ser alcançada em termos populacionais, é sempre muito bem indicado o uso de creme dental com Flúor, inclusive para crianças pequenas, visando a prevenção da cárie dentária.(39) O professor Jaime Cury (39) também alerta que utilizar muita água para lavar a boca após a escovação com dentífrico também pode estar reduzindo o efeito protetor do dentífrico.

Embora considere-se a possibilidade de escovar os dentes uma vez por dia, para prevenir a cárie, estudos tem indicado que crianças que escovam mais de uma vez por dia os dentes com dentífrico fluoretado apresentam menos cáries.(39)

Estudo realizado nos Estados Unidos apontou que 71% dos casos de fluorose estavam relacionados ao uso de dentífrico fluoretado mais de uma vez por dia, usando uma quantidade maior que um grão de ervilha, mas o mesmo estudo apontou que se a quantidade de creme dental com Flúor não for maior que um grão de ervilha, não está associado a um maior risco de fluorose dental.(39)

Também é importante destacar que o uso de cremes dentais fluoretados antes de dormir, favorecem uma maior concentração de Flúor na saliva por um período maior de tempo, durante a noite, melhorando os efeitos no controle da cárie.(39)

Cury (39), enfatiza que usar creme dental sem Flúor em crianças, sabendo-se dos benefícios que o mesmo promove, é uma medida que não encontra respaldo científico.

Sabendo-se dos benefícios do uso de creme dental com Flúor e ao mesmo tempo dos riscos de fluorose, Cury (39) recomenda:

- Supervisão da escovação pelos pais, ou seja, um adulto responsável é que deve colocar o creme dental na escova da criança até que a mesma possa ser conscientizada sobre a quantidade a ser utilizada;
- O dentífrico não deve ficar ao alcance das crianças, para evitar a ingestão inadvertida;
- A criança deve ser estimulada a cuspir desde pequena;
- Os pais devem ser orientados sobre os riscos da ingestão de creme dental pelas crianças, explicando que é preferível usar 0,1g de creme dental 3 vezes ao dia do que 1,0 grama uma vez por dia.

O uso do fio dental em crianças também está indicado a partir do momento que nascer o segundo dente.(38)

Worthington et al. (37) realizaram uma revisão sistemática sobre os métodos para higienização interproximal e concluíram que embora não existam evidências robustas neste sentido, o uso do fio dental além da escovação pode reduzir a placa e/ou a gengivite, mais do que apenas a escovação.

Kubo e Mialhe (41), destacam a dificuldade no uso correto do fio dental e discutem que além de ser necessário estimular o uso do fio dental pela população, é necessário orientar as pessoas a realizarem seu uso de forma correta, para que realmente possam obter êxito no uso deste recurso, visando a redução da placa interdental e conseqüentemente prevenindo a cárie interproximal e doença periodontal.

Como usar o fio dental de maneira adequada COLGATEe (42):

- Corte um pedaço de aproximadamente 45 centímetros de fio dental;
- Enrole as pontas do fio dental nos dedos médios;
- Segure o fio dental com firmeza entre os polegares e os dedos indicadores e insira-o cuidadosamente entre os dentes, fazendo movimentos de vai e vem para passarem pelo ponto de contato suavemente, e assim evitar um movimento brusco que agrida a gengiva;
- Quando o fio estiver posicionado entre os dois dentes, curve o fio dental em forma de C e friccione suavemente para cima e para baixo, mantendo-o pressionado contra o dente. Faça esse movimento envolvendo os dois dentes (um de cada vez). Esse movimento é justamente o que vai promover a remoção da placa interdental;
- Remova o fio por oclusal, enrole uma volta no dedo médio que tinha menos fio e vá para o próximo espaço interdentário;
- Passe o fio dental em todos os dentes, seguindo a sequência, para não esquecer de passar em nenhum espaço interdental e não esqueça de passar atrás do último dente do fundo;

Detalhe: Em uma das mãos, enrole apenas um pouquinho de fio, só para prender o fio dental ao redor do dedo e na outra mão enrole o restante do fio. Essa manobra permite que à medida que você utilize um pedaço do fio dental, você o

enrole no dedo que inicialmente tinha menos fio, assim você estará sempre utilizando um pedaço limpo do fio dental.

Estudos têm apontado que crianças em idade escolar (de 6 a 7 anos), após treinamento, foram capazes de desenvolver coordenação motora adequada para realizar a remoção da placa dentária interproximal de uma forma eficiente através do uso do fio dental.(41)

De acordo com Wainwright e Sheiham (43) em relação à técnica de escovação mais indicada para crianças e adultos, ao pesquisar trabalhos de diferentes partes do mundo concluíram que não existe consenso entre os autores sobre as melhores técnicas de escovação de acordo com a idade e apontam como uma necessidade que novas pesquisas científicas sejam realizadas no sentido de descobrir qual a melhor técnica de escovação, de acordo com a faixa etária e problemas de saúde encontrados, como o caso de pacientes portadores de doenças periodontais.

A técnica mais utilizada no Brasil para crianças, inclusive em programas de prevenção escolar, é a Técnica de Fones. Essa técnica é utilizada para crianças pré-escolares, escolares e adultos com habilidades motoras reduzidas.

De acordo com Fones (1934) apud Ribeiro (44) inicia-se a técnica de Fones com a criança com a boca fechada, ou seja, embora os lábios estejam abertos, os dentes superiores encontram-se ocluídos aos dentes inferiores. A partir daí inicia-se os movimentos circulares nas faces vestibulares dos dentes, com movimentos amplos que envolvem os dentes superiores e inferiores ao mesmo tempo.

De acordo com Fones (1934) apud Ribeiro (44) as faces palatinas dos dentes superiores, tanto dos dentes anteriores como dos dentes posteriores, são limpas com movimentos antero-posteriores. Estes movimentos inclusive envolvem todo o palato. As faces linguais dos dentes inferiores também são escovadas com movimentos antero-posteriores, porém a superfície lingual dos incisivos e caninos inferiores são escovadas com a escova posicionada verticalmente, paralela ao longo eixo do dente, desenvolvendo-se movimentos de vai e vem, nessas superfícies. A técnica indica que as faces oclusais sejam escovadas com pequenos movimentos antero-posteriores.

De acordo com Ribeiro (44), a técnica de Fones é apresentada de forma diferente por diferentes autores. A diferença reside na forma que as faces linguais/palatinas dos dentes posteriores são higienizadas.

A técnica acima descrita é a técnica originalmente criada por Fones (1936), porém o que se observa na prática atualmente, são algumas variações desta técnica, que poderíamos chamar de Técnica de Fones modificada.

Alguns autores recomendam que a escovação das faces palatinas/linguais dos dentes posteriores, na técnica de Fones sejam realizadas por meio de movimentos circulares e outros por movimentos antero-posteriores, não havendo consenso em relação a este aspecto. Porém, o Ministério da Saúde (10) recomenda cautela na definição de técnicas “corretas” e “erradas” com o objetivo de se evitar estigmatizações.

Um outro aspecto importante a ser discutido em relação à higienização dos dentes de crianças, é que os pais devem se esforçar para tornar a escovação dos dentes de seus filhos uma experiência agradável.(42)

Neste sentido, a odontopediatra antroposófica Carmem Silvia Patriani de Carvalho, especializada em psicologia dá algumas dicas sobre atitudes que os pais podem realizar para favorecer o desenvolvimento do hábito de higiene bucal nas crianças de uma forma leve e criativa. A odontopediatra cita alguns exemplos: as crianças verem os pais escovando os dentes pode servir de exemplo positivo para as crianças, pois normalmente elas querem imitar os pais, criar momentos onde os pais realizem a escovação junto com as crianças (momento família); criar momentos de carinho, onde os pais deem atenção à criança, fazer da escovação um momento divertido com histórias e musiquinhas, tornar o ambiente adequado para a escovação (evitando que a criança fique em situações de risco durante a escovação), explicar para a criança que a escovação traz sensações gostosas (gostinho gostoso na boca e dentes limpinhos), explicar a importância da escovação para a prevenção de doenças, e dependendo da condição socioeconômica dos pais, os mesmos podem inclusive investir em recursos mais sofisticados como escovas de personagens, e outros recursos disponíveis no mercado, mas a odontopediatra alerta: nunca ameace a criança dizendo que se ela não escovar os dentes você vai leva-la ao dentista e o mesmo a espera com uma injeção gigantesca!!!!!! Isso assusta a criança e cria um ambiente ruim para a sua relação com o dentista.(45)

A diretora do Departamento de Prevenção da APCD, Helenice Biancalana (46) advertiu que com o aumento do consumo de refrigerantes e alimentos ácidos que provocam a erosão dentária é importante as pessoas além de usarem

escovas com cerdas macias ou extra macias e dentifrícios fluoretados também promovam um intervalo de aproximadamente trinta minutos entre a ingestão de substâncias ácidas e a escovação dentária, para prevenir os desgastes decorrentes da erosão ácida do esmalte.

Rodrigues et al (47), baseando-se na pesquisa que realizaram com a descontaminação de escovas dentais recomendam borrifar clorexidina a 0,12% após o uso da escova dental, mesmo que ela seja armazenada de maneira adequada.

Esta breve revisão sobre questões relativas à higiene bucal de crianças de zero a 6 anos procurou buscar informações em fontes de dados com respaldo científico para poder levar uma informação de qualidade sobre o assunto para o público-alvo dos vídeos produzidos.

Hábitos alimentares que favorecem a Saúde Bucal

Os hábitos alimentares dos pais e qualidade alimentar oferecida nas refeições afeta positivamente todos os membros da família, pois os adultos servem como um modelo para o comportamento alimentar de seus filhos.(48)

A literatura científica já relata a décadas que os cuidados com a saúde bucal devem preceder a chegada do bebê, assim é imprescindível aconselhar as mães e pais sobre a importância do seu papel para a prevenção e manutenção da saúde bucal do bebê. Entre os aconselhamentos e as estratégias de conscientização da família destaca-se algumas temáticas fundamentais sobre os hábitos alimentares e a saúde bucal: a importância do aleitamento materno, os diferentes benefícios da amamentação natural, a influência dos hábitos alimentares da família na construção de hábitos alimentares do bebê e a importância da oferta de uma alimentação adequada, rica em nutrientes essenciais e com redução de sacarose, sendo esses os primeiros passos para uma abordagem inicial e bem sucedida que visa a promoção de saúde bucal de bebês e crianças.(49)

Estudos mais atuais relatam que a percepção de sabores e as preferências alimentares do bebê já se iniciam durante a fase de desenvolvimento intrauterina. Assim a dieta da mulher gestante que se alimenta de forma saudável e com ampla variedade de frutas, verduras e legumes oferece maior exposição a sabores pelo

bebê, e essa exposição estimula e favorece o desenvolvimento de preferências alimentares mais saudáveis no futuro bebê.(23)

A OMS (Organização Mundial de Saúde) e o Ministério da Saúde recomendam o aleitamento materno exclusivo desde a primeira hora de vida até os primeiros seis meses de vida do bebê, e a amamentação contínua até pelo menos 2 anos de idade.(50)

Já existem evidências científicas que o leite materno também influencia nas preferências alimentares do bebê, pois o sabor do leite muda de acordo com a alimentação da mãe. Estudos atuais comprovam que o leite materno varia de sabor de mamada para mamada, sendo assim a composição nutricional do leite materno também pode ser potencializada de acordo com a dieta alimentar da mãe. Quanto maior a variedade do cardápio da mãe maior será a exposição de sabores ao bebê, assim as escolhas alimentares da mãe trazem benefícios tanto nutricionais como também favorecem a percepção de sabores e contribuem futuramente para uma melhor aceitação de alimentos durante a fase de introdução alimentar.(23)

A partir dos 6 meses recomenda-se iniciar a fase da alimentação complementar, pois nessa faixa etária a maior parte dos bebês já apresentam alguns reflexos necessários para a deglutição como: reflexo lingual, já senta e sustenta a cabeça, já iniciou a erupção dos primeiros dentes (o que facilita o desenvolvimento de movimentos de mastigação) e manifesta interesse e excitação ao visualizar os alimentos. Essa é uma nova fase de adaptação do bebê, é o período que lhe são apresentados novos sabores, cores, aromas e texturas, sendo um momento de grande oportunidade de experimentar diferentes alimentos, ampliar a percepção de sabores e progressivamente ir construindo hábitos alimentares do bebê mais próximos com os hábitos da família. A fase da alimentação complementar permite maior interação do bebê com o pai, com os avôs e avós, com os irmãos e familiares, momento este que além de permitir que o bebê aprenda a comer, também colabora para que toda a família aprenda a cuidar da alimentação.(50)

Sabe-se que a mastigação estimula o desenvolvimento dos ossos e músculos da face, mas a mastigação não é uma atividade inata, é adquirida através das vivências orais que são proporcionadas. O ato de comer é uma atividade sensorial e motora complexa que deve ser estimulada para que ocorra

o avanço no aprendizado da mastigação. O estímulo da mastigação de alimentos sólidos é importante para o desenvolvimento do fortalecimento muscular orofacial e na prevenção de má-oclusão dentária.(23)

As vivências orais podem ser proporcionadas em grande parte durante o momento da alimentação, assim ao oferecermos uma variedade de alimentos com diferentes cores, formas, texturas, consistências e temperaturas proporcionamos experiências de amassamento, transporte do bolo alimentar e de coordenação dos movimentos mastigatórios.(23)

De acordo com o Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos (51), nos dois primeiros anos de vida, frutas e bebidas não devem ser adoçadas com nenhum tipo de açúcar e não devem ser oferecidas preparações caseiras que tenham açúcar como ingrediente, como bolos, biscoitos, doces e geleias, pois o consumo de açúcar aumenta a chance de ganho de peso excessivo e a ocorrência de formação de placa bacteriana entre os dentes e doenças como a cárie. Portanto o Ministério da Saúde orienta que para cuidar da saúde da boca e evitar doenças bucais como a cárie, são importantes os seguintes cuidados com alimentação: alimentar o bebê somente com leite materno até 6 meses, incentivar o consumo adequado de frutas, verduras e legumes e não oferecer alimentos com açúcar e bebidas açucaradas.(51)

Diversos estudos científicos apontam que dietas ricas em carboidratos e com alta ingestão de açúcares aumentam o risco de lesões de cárie, assim a OMS faz recomendações tanto para adultos como para crianças, para a redução no consumo de açúcares livres, pois esta mudança de comportamento alimentar traz benefícios tanto para a saúde geral como para a prevenção de lesões de cárie.(23,52)

Diferentes estudos indicam que o comportamento alimentar infantil é reflexo do ambiente no qual a criança está inserida, de maneira que os pais e familiares exercem grande influência na construção de hábitos alimentares de bebês e crianças. Na infância a família desempenha um papel fundamental na construção de hábitos alimentares, pois a escolha dos alimentos a serem oferecidos em casa estimulam a variedade e qualidade alimentar experienciada pela criança.(48).

Alguns estudos sugerem que o consumo de alimentos e bebidas com pH ácido associados a forças mecânicas podem provocar desgaste dentário erosivo.

Crianças que consomem refrigerantes, balas, chicletes e pirulitos podem estar mais propensas a desenvolver problemas bucais relacionados a perda de estrutura dentária, portanto é recomendado a redução de bebidas e alimentos ácidos para prevenir o desgaste dentário erosivo.(23)

De acordo com o Ministério da Saúde o comportamento dos pais em relação à alimentação infantil pode gerar repercussões duradouras no comportamento alimentar de seus filhos até a vida adulta.(26)

A Caderneta de Saúde da Criança (35) afirma que deve se estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições diárias. A oferta de alimentos devem ser variadas e distribuídas em pelo menos três refeições e dois lanches por dia, dando preferência aos alimentos saudáveis e típicos da região.

Os alimentos oferecidos devem ser variados e atrativos com relação à aparência, cor, cheiro, sabor e textura.(48)

Estudos indicam que a intervenção e promoção de comportamentos alimentares saudáveis devem iniciar logo nos primeiros anos de vida do bebê, enfatizando que aspectos como a disponibilidade de alimentos variados, o acesso ao alimento no domicílio, as práticas alimentares da família e o modo de preparo do alimento, influenciam diretamente no consumo alimentar de bebês e crianças.(53)

Diferentes pesquisas apontam que o acesso à informação por parte das famílias e a educação para a formação de hábitos alimentares adequados influenciam positivamente na formação dos hábitos saudáveis da criança.(53)

Pesquisas que avaliam o conhecimento de pais/cuidadores sobre saúde bucal na infância destacam que pais/cuidadores que receberam orientações sobre hábitos alimentares saudáveis e cuidados com a higienização bucal de seus filhos demonstraram maior conhecimento e melhores práticas como: menor consumo diário de açúcar e doces, maior consumo de frutas, verduras e legumes, consumo de suco sem açúcar, maior adesão à escovação dentária e maior frequência diária de escovação; quando comparados aos pais e cuidadores que não receberam acesso a informações sobre a temática. Assim para que os pais/cuidadores influenciem positivamente na promoção de hábitos saudáveis e na manutenção da saúde dos seus filhos, é necessário investir esforços na educação em saúde voltadas a este público, com especial atenção as escolhas alimentares e construção de hábitos adequados.(54)

As refeições em família são momentos importantes para compartilhar a alimentação saudável, pois os membros se sentam juntos, desfrutam de um momento de comunhão durante a refeição e socializam modos de vida e constroem experiências positivas que lhe impactam ao longo de toda vida.(53)

Autores afirmam que fazer as refeições na presença do pai, mãe ou responsável é determinante para o consumo de alimentos saudáveis, pois o adulto se responsabiliza em exercer grande influência no momento da compra, no preparo da alimentação da família, e na orientação durante os momentos de refeição, inclusive cerceando o uso de objetos que causem distração durante as refeições como: celular, tablets ou televisão.(55)

Pesquisadores e educadores apontam que a alimentação realizada dentro do ambiente escolar tem grande potencial educativo e deve ser vista na sua função pedagógica para a formação de cidadãos conscientes, e ao mesmo tempo utilizada como estratégia para a promoção de saúde com ações que incentivem práticas alimentares saudáveis e transformem as práticas alimentares em escolhas por um estilo de vida saudável. Ao pensarmos em alimentação escolar como prática social de incentivo e conscientização sobre as escolhas alimentares vislumbra-se a formação de hábitos que deverão perdurar por toda a vida. Nesse sentido as práticas educativas em educação nutricional devem estar contextualizadas à realidade local e afinadas com a identidade cultural das crianças de forma que os diálogos levem a indagações, problematização e descobertas sobre como se dá a preparação dos alimentos, como se dá sua produção, onde se dá o acesso a esses alimentos e onde compramos.(55)

Estudos indicam que na medida em que a criança cresce os familiares diminuem seu controle e influência sobre a alimentação da criança, é possível identificar diferentes fatores que influenciam na dieta alimentar das crianças como: o nível de formação e informação dos pais sobre hábitos alimentares saudáveis, os familiares trabalharem em casa ou fora de casa, o acesso à informação da criança pelas mídias e propagandas e a influência de outras crianças do seu convívio. Esses fatores são extremamente preocupantes, pois sabemos que podem influenciar os padrões de compra da família, pois são solicitados pelas próprias crianças para que os pais comprem.(48)

Por todos esses motivos apresentados compreende-se que a educação nutricional de bebês e crianças devem ser realizada de forma colaborativa entre

os pais, professores, profissionais de saúde e de políticas governamentais voltadas a práticas de alimentação saudável, promoção de saúde através de nutrição equilibrada, e ações jurídicas que regulem a propagandas de alimentos direcionadas a crianças e jovens, e limitem o acesso a alimentos com altos índices de sacarose e densamente calóricos em escolas.(48)

O que é cárie?

A presente revisão da literatura sobre o tema, não pretende ser exaustiva e nem se aprofundar em aspectos microscópicos, microbiológicos ou bioquímicos, mas sim, dar uma visão geral sobre esse processo, incluindo os conceitos mais atuais visando o público em geral.

As doenças bucais estão entre as doenças mais prevalentes no mundo todo e têm trazido sérios ônus econômicos e de saúde, refletindo-se de uma maneira negativa na qualidade de vida das pessoas afetadas. Embora as doenças bucais sejam plenamente evitáveis, sua persistente alta prevalência, acaba por refletir as desigualdades sociais e econômicas das pessoas afetadas e financiamento insuficientes para ações de prevenção e tratamento, principalmente em países de baixa e média renda (56) como o Brasil.

A cárie dentária é a doença bucal mais prevalente no Brasil.(57)

Os agentes microbianos e alimentares que podem levar à cárie são estudados cientificamente há mais de 120 anos.(52)

Entre 1946 e 1951, na Suécia foi realizado o famoso estudo de Vipeholm, com o objetivo de descobrir as causas das cáries e outras doenças dentárias. O estudo foi composto por 436 doentes mentais internados no hospital de Vipeholm que receberam com constância variável, durante um período de aproximadamente quatro anos, balas com grande quantidade de açúcar. Durante o período, os cientistas estudavam as consequências do açúcar em seus dentes. É claro que é um estudo muito criticado principalmente nos dias atuais em decorrência dos aspectos éticos (58), mas demonstrou que o açúcar aumenta significativamente a experiência de cárie quando ingerido entre as refeições. O tempo, a frequência da ingestão e a forma na qual o açúcar foi ingerido são importantes.(59)

No início da década de 1950, estudos realizados por Toverud demonstraram um declínio nos níveis de cárie de crianças norueguesas durante

o período da segunda guerra mundial, onde, em decorrência da guerra houve uma redução drástica no consumo médio per capita de açúcar.(59)

Do ponto de vista biológico, a etiologia da cárie dentária é explicada em decorrência da presença de agentes microbianos na superfície dos dentes que produzem ácidos ao se alimentarem de carboidratos fermentáveis da dieta. Este ácido produzido pelas bactérias vai provocar a desmineralização (destruição) dos tecidos dentários.(59) Obviamente, a cavidade de cárie não ocorre de uma hora para outra, mas se a produção de ácidos pelas bactérias for frequente, a desmineralização também será frequente e depois de algumas semanas é possível começar a se observar “manchas brancas” nos dentes. Estas “manchas brancas” evidenciam que naquela região está ocorrendo um processo de desmineralização. Se o processo persistir, o tecido dental vai enfraquecendo até o momento que se quebra, dando início à cavidade de cárie.

O termo “cárie dentária” é usado para referir-se aos resultados da dissolução química da superfície do dente (59) causada por ácidos orgânicos provenientes da fermentação microbiana dos carboidratos da dieta (60). A destruição pode comprometer o esmalte, a dentina e o cimento, e as lesões podem se revelar clinicamente de maneiras variadas.(59)

Para que a cárie dental ocorra, é necessário que as bactérias presentes no biofilme (placa dental) metabolizem os carboidratos fermentáveis da dieta presentes na cavidade bucal, produzindo ácidos orgânicos, o que provoca uma queda do pH. Esses ácidos se disseminam até a superfície do dente e provocam a desmineralização nessas regiões. Se este processo é revertido e os minerais são reincorporados ao dente, teremos então a remineralização.(61) Portanto, o processo de cárie é dinâmico, ocorrendo períodos alternados de desmineralização e remineralização da estrutura dentária, relacionados à variação no pH do biofilme (placa bacteriana). Em geral, quanto menor o pH, maior a tendência à dissolução dos tecidos dentários e ao contrário, quando às condições são favoráveis, principalmente na presença do flúor, ocorre a remineralização da estrutura dentária.(56)

Em relação à microbiologia da cárie dentária, Bradshaw et al (52) apontam que uma dieta rica em açúcar, induz o desenvolvimento de um grande número de diferentes micróbios acidogênicos na placa dentária. Os autores destacam que

embora os açúcares simples possam ser cariogênicos, os amidos cozidos também são agora reconhecidos como alimentos que podem estar relacionados à cárie dentária.

Durante muitos anos disseminou-se o conceito que a cárie dentária seria uma doença bacteriana, infecciosa e transmissível.(62) O *Streptococcus mutans*, espécie acidogênica fermentadora de açúcar, foi considerado por mais de três décadas o principal causador da cárie dentária. No entanto, estudos mais recentes, fundamentados em DNA e RNA de lesões cariosas, descobriram um ecossistema extremamente diverso, onde *S. mutans* é apenas uma pequena fração da comunidade bacteriana, concluindo-se que a cárie dentária é uma doença polimicrobiana.(63)

Teorias atuais apoiam o conceito de que consórcios desenvolvidos por múltiplos microrganismos agem coletivamente, provavelmente de uma forma sinérgica, para iniciar e ampliar a cavidade.(63)

Portanto, já se sabe que não existe um microrganismo específico relacionado ao desenvolvimento da cárie dentária.(62) O conceito mais aceito atualmente é que a cárie dentária seja considerada uma disbiose, ou seja, um desequilíbrio na microbiota normalmente residente na cavidade bucal, desencadeado pelo consumo excessivo de açúcar.(62) A lesão de cárie é observada quando há um desequilíbrio no meio, decorrente do metabolismo dos carboidratos da dieta por microrganismos residentes.(64) Desta forma, o consumo de alimentos cariogênicos é mais importante para provocar a cárie do que a simples presença dos microrganismos, pois ao entrarem em contato com o açúcar, o metabolizarão, produzindo ácidos e estes que promoverão a desmineralização dentária.(62) Portanto, a presença de microrganismos é necessária, mas não suficiente para o desenvolvimento da cárie.(64)

Para ilustrar essa questão, podemos destacar o estudo de Wakaguri et al (65) que fizeram uma pesquisa envolvendo 3.035 crianças, com o objetivo de identificar possível associação entre medidas para prevenir a transmissão vertical de microrganismos orais (transmissão provocada pelos pais e/ou cuidadores) e a experiência de cárie em crianças de 3 anos. As análises estatísticas não apresentaram associação significativa entre o comportamento para evitar a transmissão vertical e a experiência de cárie. Os autores concluíram que o

comportamento do cuidador para impedir a transmissão vertical não foi eficaz na redução dos níveis de cárie infantil.

Portanto, prevenir a transmissão de *S. mutans* provavelmente não será efetivo para prevenir a cárie dentária se uma dieta suficientemente rica em carboidratos persistir. Lembrando que também é importante considerar a consistência dos alimentos, pois quanto mais pegajosos, mais tempo ficarão retidos na superfície do dente e portanto apresentarão maior potencial cariogênico.(52)

Cruz et al (64) discutindo as informações presentes na internet sobre a transmissibilidade da cárie alerta que já se sabe que não existe um micro-organismo ou grupo específico de micro-organismos responsáveis pelo desenvolvimento da cárie, portanto a presença de micro-organismos é um fator necessário, mas não suficiente para a ocorrência das lesões de cárie. Se não existem micro-organismos específicos para a ocorrência da cárie dentária, a cárie não pode ser considerada uma doença transmissível.

Embora a ciência tenha indicado que a cárie não é uma doença transmissível, (64) identificaram que de todos os sites pesquisados, apenas 6,9% afirmavam que a cárie não pode ser transmitida.

Desta forma, vislumbrando-se a saúde da criança, é importante disseminar os aconselhamentos dietéticos e de higiene bucal desde a gestação, pois estes hábitos que serão transmitidos aos futuros bebês e portanto estas orientações acabam por ser imprescindíveis para a prevenção da cárie dentária, não apenas nesta faixa etária, mas para toda a vida.(62)

De acordo com a Academia Americana de Odontopediatria a cárie precoce na infância (early childhood caries) é definida como a presença de uma ou mais lesões de cáries (cavitadas ou não), ausência de dentes devido à cárie ou a presença de dentes restaurados em uma criança com idade menor ou igual a 71 meses. A cárie precoce severa na infância é caracterizada pela presença de alguma lesão de cárie (cavitada ou não) em crianças com menos de três anos de idade.(66)

A cárie precoce na infância é considerada uma das doenças mais prevalentes na infância, afetando milhares de crianças no mundo todo. A Academia Americana de Odontopediatria identifica que a cárie precoce na infância é um importante problema de saúde pública. Quando comparada a outras

doenças comuns da infância, a cárie precoce na infância é cinco vezes mais prevalente que a asma e sete vezes mais frequente que a rinite alérgica. Desta forma, a Academia Americana de Odontopediatria adverte o público e profissionais de saúde em geral que os dentes de uma criança são suscetíveis à cárie a partir do momento que começam a erupcionar na cavidade bucal da criança.(67)

Chen et al. (67) realizaram uma revisão sistemática para estudar a prevalência de cárie precoce na infância em diferentes países. Eles puderam avaliar que a prevalência de cárie variou de 22,5% na Índia a 90% na Indonésia, e a mediana da prevalência de cárie foi de 62,7%, sendo que dois terços das pesquisas que fizeram parte do estudo relataram uma prevalência de cárie precoce na infância maior que 50%. Chen et al. (67) também observaram que o principal componente do índice são as cáries não tratadas, ressaltando que a cárie não tratada em crianças pequenas ainda é um ônus significativo para a saúde em muitos países.

O estudo epidemiológico realizado no Brasil entre 2002 e 2003, envolveu a faixa etária de 18 a 36 meses e observou uma prevalência de cárie de 26,8% nas crianças desta faixa etária, ou seja, 26,8% das crianças apresentaram pelo menos um dente com cárie dentária nesta idade. O mesmo estudo também avaliou a prevalência de cárie em crianças de 5 anos de idade, observando uma proporção próxima de 60,0% das crianças com cárie nesta idade.(68)

No levantamento epidemiológico realizado em 2010 (57), as crianças de 18 a 36 meses não fizeram parte da amostra, mas as crianças de 5 anos de idade apresentaram uma prevalência de cárie de 53,4%, sendo que 80% das suas necessidades de tratamento não foram atendidas.

Como pode-se observar pelos levantamentos epidemiológicos, a cárie dentária apresenta alta prevalência entre as crianças e portanto medidas preventivas e educativas devem ser realizadas antes mesmo do nascimento do bebê, através da orientação das gestantes e das mães de crianças pequenas.(57)

A importância de cuidar da primeira dentição

Ao se discutir a importância da dentição decídua, é imperativo que se retome as reflexões de que a boca é parte integrante do corpo humano, sendo

uma característica fundamental da identidade pessoal. A saúde bucal é multidimensional, incluindo a dimensão física, psicológica, emocional e social que são essenciais para a saúde geral e bem-estar. A saúde bucal possibilita comer, falar, sorrir e socializar, sem dor, desconforto ou constrangimento.(56) Tomando-se apenas esses aspectos, já se pode perceber o quanto a saúde bucal pode ser importante na vida das pessoas.

A evolução da cárie é capaz de provocar grande destruição dos dentes, e até mesmo a sua perda, podendo inclusive resultar em complicações de ordem local, sistêmica, psicológica e social. Suas manifestações podem incluir dor, abscessos, dificuldades mastigatórias, podendo afetar a alimentação e o sono da criança, além da fala e da autoestima.(69,70)

De acordo com Castro et al. (71), a dentição decídua é importante para o bom desempenho das funções mastigatória, articular, fonatória e de oclusão, sendo crucial a sua manutenção até o tempo adequado para sua esfoliação natural, sendo imprescindíveis para que os dentes permanentes erupcionem na posição correta. Os autores destacam que o principal fator etiológico para a perda precoce dos dentes decíduos é sem dúvida a cárie dentária.(71)

A cárie precoce na infância é considerada um sério problema de saúde pública, podendo trazer consequências locais, sistêmicas, psicológicas e sociais, como infecção, perda de espaço no arco dentário, interferência na qualidade de vida, distúrbios de crescimento, prejuízos no desenvolvimento intelectual, aumento do risco de desenvolver novas cavidades de cárie na dentição decídua e permanente, maior risco de utilização de serviços de emergência e de hospitalizações, bem como o aumento do custo e tempo de tratamento odontológico.(69)

Cáries não tratadas estão associadas à infecção que causa dor, desconforto e redução na ingestão de alimentos porque ao se alimentar a criança sente dor.(72,73)

As consequências das doenças bucais não tratadas são frequentemente graves e podem incluir dor incessante, sepse, redução da qualidade de vida, perda de dias letivos, desorganização temporária da vida familiar e, além disso, o tratamento das doenças bucais traz um custo para as famílias e para o sistema de saúde.(56)

Os problemas com os dentes também acabam repercutindo no desempenho escolar, aprofundando as inequidades.(74) Muitos estudos têm indicado que a falta de tratamento dentário está associado de forma substancial com a diminuição da qualidade de vida não apenas da criança como também dos cuidadores.(75,76)

A cárie dentária em sua forma avançada afeta o crescimento, desenvolvimento e bem-estar das crianças. Estudos apontam que crianças com cárie em estágios avançados pesam menos do que os respectivos controles e, após o tratamento destas lesões, houve ganho de peso e melhorias na qualidade de vida. Os autores apontam que esses resultados provavelmente estão relacionados à melhora na ingestão alimentar, tanto em quantidade como em qualidade, uma vez que a criança deixou de ter dor ao se alimentar. Os autores concluem que o tratamento da cárie dentária em crianças aumentaria as taxas de crescimento e a qualidade de vida de milhões de crianças.(72)

Um quadro de cáries avançadas não tratadas em crianças produz impacto em decorrência da dor, irritabilidade e distúrbios do sono O distúrbio do sono afeta a produção de glucosteróide trazendo prejuízos ao crescimento. Uma situação de cárie avançada não tratada afeta a saúde geral da criança, trazendo também significativos impactos na sua qualidade de vida.(56,77)

O tratamento dentário traz uma melhoria significativa também nos aspectos psicológicos e sociais na vida da criança.(75,78)

Entre os benefícios relacionados ao tratamento da cárie nessas crianças podemos citar, menos dor, alimentação melhor e sono melhor. Em um estudo os pais perceberam um impacto social positivo com o tratamento dentário de suas crianças, que passaram a sorrir mais, melhoraram o desempenho escolar e aumentaram a interação social.(79)

Pensando que, além de todas as consequências negativas relativas à cárie na vida das crianças, o tratamento odontológico poderia minimizar esses efeitos, porém, em crianças pequenas com cáries extensas, muito frequentemente a única possibilidade de obter êxito seria o tratamento sob anestesia geral.(56) Um estudo americano indicou que o custo médio do tratamento dentário em crianças sob anestesia geral variou entre US \$ 5.500 (em 2008) e US \$ 7303 (em 2012) por criança.(80)

A cárie dentária não tratada é muito comum em muitos países, em crianças em idade pré-escolar. Peres et al (56) alerta que cáries não tratadas é uma condição que afeta 9,0% da população global de crianças, sendo considerada o décimo problema de saúde mais prevalente entre as crianças e que essa prevalência vem se mantendo desde 1990.

Schroth et al (81) apontam que 12,1 a cada 1000 crianças menores de 6 anos no Canadá, necessitam realizar o tratamento odontológico sob anestesia geral, sendo responsáveis por 31% de todas as cirurgias nessa faixa etária.

No Brasil, em 2010 (57), as crianças aos 5 anos de idade tinham em média 2,43 dentes atacados pela cárie e 83,5% destes dentes encontravam-se na condição de cariado.

Nations et al (82) em um estudo antropológico observaram que embora algumas mães tenham conhecimentos básicos de saúde bucal, geralmente não consideram importante a dentição decídua, valorizando mais a dentição permanente, tendo como pano de fundo o fato dos dentes decíduos serem substituídos em um curto espaço de tempo. As autoras concluíram que ampliar o conhecimento das cuidadoras e investir no empoderamento delas pode melhorar a saúde bucal de seus filhos.(82)

Tendo-se em vista todos esses prejuízos provocados pelas doenças bucais, principalmente a cárie dentária, é que se pretende abordar o tema nesta série de filmes, de forma a levar ao público em geral conhecimentos sobre a prevenção destes agravos à saúde bucal.

Uso da chupeta

A história da chupeta remonta a centenas de anos na humanidade, transcende a diferentes culturas e períodos da história, e passou por muitas modificações, com diferentes formas, cores e sabores para chegar ao que consideramos hoje como objeto “chupeta”. Desde a Idade Média tem-se registro do uso de chumaço de pano açucarado ou com mel para acalmar os bebês.

Conforme Castilho e Rocha (2009, 121, p. 481)

Em 1506, Albert Dürer representou a chupeta na tela *Madonna with a Siskin* como um pedaço de pano amarrado em forma de chumaço que continha algum alimento (pão, grão, gordura, carne,

peixe), ou era embebido em líquido doce, sendo utilizada dessa forma para acalmar e nutrir as crianças. Também existem referências de que elas podiam ser mergulhadas em produtos alcoólicos (*brandy*) ou conter opiáceos, sendo empregadas para tranquilizar as crianças com fome ou dor, “fazendo-as dormir”.

As chupetas modernas tiveram origem a partir dos mordedores oferecidos às crianças por ocasião da erupção dentária para confortá-las. Seu nome em inglês demonstra sua utilidade, já que *pacifier* vem de *pacify*, que significa “pacificar”, “acalmar”.

É comum observarmos situações e relatos cotidianos em que desde os primeiros dias de vida a chupeta é oferecida para acalmar os bebês. Mas até que ponto a escolha de usar ou não a chupeta é fruto de uma reflexão e escolha consciente por parte da família?

A chupeta está muito enraizada em nossa cultura, por vezes é comprada antes mesmo do bebê nascer como parte do enxoval. Isso demonstra como o bico de borracha tem sido associado à imagem da criança frequentemente em nossa sociedade sem que haja indagação sobre a necessidade do seu uso, e quais impactos positivos e negativos que este hábito pode desencadear.(83)

Estudos têm apontado que cerca de 2/3 das mães em diferentes partes do mundo oferecem chupeta a seus filhos em algum momento durante o primeiro ano de vida. A maior parte das crianças entra em contato com a chupeta entre o 1º dia e a 1ª semana de vida.(33)

Estudos comparativos realizados no Brasil entre 1999 e 2008 revelam uma tendência de declínio no uso de chupeta entre crianças menores de um ano. Em 1999 os dados apontavam que 57,7% dos bebês menores de um ano faziam uso de chupeta, já em 2008 os dados apontavam que 42,6% das crianças menores de um ano faziam uso da chupeta.(23) Porém os índices ainda são altos, revelando a necessidade de ações educativas que promovam espaços de discussão junto à população.

É possível assim evidenciar que muitas famílias oferecem as chupetas a seus filhos como um ritual que é passado de geração a geração, mas será que há uma tomada de decisão crítica por parte das famílias? A discussão sobre essa temática e o acesso às informações, e espaços de reflexão são primordiais para que haja uma escolha crítica e autônoma por parte dos familiares.(33)

O levantamento de questionamentos sobre os prós e contras é importante para que os pais e responsáveis sejam capazes de decidir de forma racional se iniciam ou não o uso da chupeta. Mas essa decisão deve ser realizada de maneira inteligente e consciente, através da análise de informações que revelem todas as variáveis que podem ou não influenciar na qualidade de vida destes bebês até a idade adulta.(83)

De acordo com Castilho e Rocha (83) os bebês nascem com reflexos adaptativos, como: busca, sucção e deglutição. Estes reflexos os auxiliam a sobreviver, pois é através da mamada que o bebê satisfaz suas necessidades nutritivas e se alimenta. Mas ao longo dos primeiros meses de vida o bebê transforma esse reflexo em hábito, pois associa a satisfação da fome à satisfação emocional, surge assim a necessidade de sugar.

A sucção é o maior estímulo à produção de leite materno, quanto mais o bebê suga mais leite a mãe produz, porém o bebê que realiza a sucção da chupeta permanece por longos períodos sugando sem se alimentar, e quando é levado ao seio materno suga menos, diminuindo assim o estímulo à produção de leite materno.(23)

Em vários estudos apresentados há evidências científicas que comprovam que o uso da chupeta está relacionado com o desmame precoce.(50) O uso da chupeta é um hábito de sucção não nutritiva, pois o bebê realiza a sucção sem que haja a satisfação da necessidade nutricional, prejudicando assim o acesso do bebê ao leite materno e toda a variedade de componentes bioativos tão essenciais, como: fatores imunológicos, antimicrobianos, anti-inflamatórios, enzimas e fatores de crescimento.(23,84)

Além desses inúmeros benefícios do leite materno para a saúde geral dos bebês, o aleitamento materno contribui também para o desenvolvimento harmonioso das estruturas orofaciais. A sucção do seio materno é um excelente exercício para os músculos mastigatórios. Quando o bebê realiza a ordenha aciona diferentes músculos da face, que são responsáveis pela sucção, respiração, mastigação, deglutição e fonoarticulação. Assim o movimento de sugar o seio materno cria um registro de memória motor que favorecem o desenvolvimento adequado da arcada dentária e promove o aprendizado da mastigação futura.(23)

Na sucção de bicos artificiais o posicionamento da língua e a função muscular são completamente diferentes, pois o bebê ao sugar o seio materno realizar uma força considerável, já na sucção das mamadeiras o movimento realizado exige menor contração muscular e não tonifica a musculatura da face de maneira adequada. Assim o uso de bicos artificiais podem interferir no desenvolvimento orofacial do bebê e trazer como consequência a hipotonicidade muscular dos lábios e má posicionamento da língua, favorecendo o início da respiração bucal.(23) Portanto os estudos científicos apontam que a mudança no padrão de sucção trazem vários prejuízos, como: afetam a posição de repouso da língua, interferem no selamento labial, impedem a tonificação dos músculos faciais, provocam alterações na arcada dentária e no palato, e permitem o início da respiração bucal.(34)

As características atípicas encontradas em crianças respiradoras bucais são: boca entreaberta, lábio superior curto, lábio inferior volumoso e evertido, face estreita, nariz achatado e orifícios nasais e mal desenvolvidos.(84)

A síndrome da respiração bucal tem como prejuízos e agravos: cansaço frequente, sonolência diurna, fraqueza muscular, baixo apetite, enurese noturna e até mesmo déficit de aprendizagem e atenção.(23) Diferentes estudos apontam que a respiração bucal influencia diretamente no desenvolvimento de doenças como: hipertrofia adenomigdaliana, rinites alérgicas e não alérgicas e hipertrofia de cornetos inferiores.(84)

Já existem estudos que correlacionam alguns vícios orais na vida adulta ao uso de chupetas além dos 2 anos de idade. Os hábitos orais como: sucção, roer unhas, fumar e mascar, são semelhantes ao uso da chupeta para acalmar o bebê e são utilizados para aliviar a tensão em momentos de ansiedade. Na literatura sobre o tema há autores, que segundo a teoria psicanalítica, ressaltam que o uso da chupeta pode estar relacionado a necessidades afetivas e conflitos emocionais ocorridos na infância e que são substituídos ao longo da vida.(33, 85)

O uso de chupetas ortodônticas ainda é uma questão polêmica e atualmente já tem estudos científicos que comprovam que essas chupetas não resolvem todo o problema, portanto ainda é consenso entre os profissionais de saúde que a sua utilização deve ser evitada.(83)

Estudos relatam que a chupeta tem sido apontada como fator de risco para a recorrência de otites. As otites de repetição podem trazer como consequência o

prejuízo da audição e prejuízos no desenvolvimento da comunicação (escuta e fala).(33,83)

Estudos longitudinais ainda revelam que o uso prolongado da chupeta pode ter impacto negativo sobre o desenvolvimento da fala, pois ao usá-la restringem-se as experimentações orais, como: balbucio, imitação de sons e a emissão de palavras. Ao utilizar a chupeta o bico ocupa a cavidade oral da criança impedindo que produza os sons adequadamente, e a hipotonicidade muscular da face decorrente do uso prolongado também impede a fonação de sons de maneira correta.(23)

A chupeta quando necessária para dar estabilidade emocional à criança, deve ser usada de forma racional, evitando-se assim o uso abusivo. Estudos indicam que problemas bucais dentários como: má oclusão dos dentes, má postura da língua e problemas articulatorios, estão associados ao maior tempo de uso da chupeta. Assim os efeitos nocivos do uso da chupeta estão diretamente relacionado a: duração (que é o período de utilização), a frequência (número de vezes por dia) e a intensidade (duração de cada sucção e a atividade muscular envolvida). Portanto a orientação é que a chupeta não deve ser oferecida a qualquer sinal de desconforto, e deve-se evitar que o bebê durma com a chupeta.(33,83)

Infectologista ainda apontam que a chupeta como qualquer outro objeto levado à boca, pode servir de veículo na transmissão de doenças e oferece condições propícias para o crescimento de fungos e bactérias, que podem desencadear possíveis infecções, e prejudicar a saúde geral de bebês e crianças.(83)

Já existem estudos que avaliam os níveis de inteligências entre crianças usuárias de chupeta durante a infância, observando assim que crianças que usam chupeta apresentam 16% menos desempenho em testes de inteligência. A hipótese é que ao utilizarem a chupeta solicitam menor atenção dos pais e como consequência interagem menos com as pessoas, diminuindo os estímulos e vivências proporcionadas através da socialização.(33)

O Ministério da Saúde em todas as suas publicações institucionais e normativas desaconselha o uso da chupeta. Na Caderneta de Saúde da Criança (35, p. 27) é apresentada a orientação para os pais e cuidadores das crianças:

Evitar o uso de chupetas, bicos e mamadeiras, pois eles podem deixar os dentes 'tortos' e prejudicar a mastigação, a deglutição (ato de engolir), a fala, a respiração e o crescimento da face" e "Não há necessidade de usar mamadeiras e chupetas, pois podem atrapalhar a amamentação. Além disso, podem causar doenças, problemas na dentição e na fala".

O intuito dessas publicações é alertar sobre os impactos negativos na saúde infantil que podem ser associados ao uso de chupetas, mas a decisão de introduzir ou não o uso da chupeta é da família.

A importância do flúor

Buendia (86), estudando o histórico da descoberta do Flúor como substância que previne a cárie, relata que inicialmente, alguns pesquisadores, como o cirurgião dentista McKay em 1911, começou a notar que as crianças que moravam em Colorado Spring (EUA), tinham seus dentes manchados.

Mckay e Black, em 1916, analisando a situação, não conseguiram estabelecer relação entre as manchas nos dentes com outros fatores socioeconômicos ou nutricionais da população local, porém, estabeleceram uma relação com alguma substância presente na água de abastecimento público, principalmente quando observaram que as crianças que moravam na zona rural e recebiam abastecimento de água de outra origem, não apresentavam essas manchas nos dentes.(87)

Alguns anos mais tarde, em 1928, Mckay verificou que a substância presente na água, responsável por provocar manchas nos dentes, também era capaz de reduzir a cárie dentária nos dentes das crianças.(88)

Em 1931, o químico Petrey, verificou a presença de Flúor na água de Bauxite, onde as crianças apresentavam manchas nos dentes. Ao verificar que em outras localidades onde as pessoas apresentavam manchas nos dentes também apresentavam altos teores de Flúor natural na água, estabeleceu-se a relação entre dentes manchados (fluorose dentária), cárie dentária e água com Flúor natural.(86)

Em 1938, Dean divulgou os resultados de seu estudo que apontavam que em cidades onde o teor de Flúor na água era maior que 1 ppm (partes por milhão),

o número de crianças livres de cárie era mais que o dobro quando comparadas com cidades onde o teor de flúor era menor que 0,6 ppm.(89)

A utilização de fluoretos para a prevenção da cárie dentária iniciou-se entre 1945 e 1946, nos Estados Unidos e Canadá, por meio da fluoretação das águas de abastecimento público.(90)

O flúor, desde então, foi objeto de milhares de pesquisas científicas ao redor do mundo todo. As investigações foram amplas e profundas, em relação aos aspectos médicos e de engenharia, ficando exaustivamente comprovado, já na década de 1950, a eficácia e segurança sanitária da fluoretação das águas de abastecimento público.(91)

Após pesquisas que comprovaram a eficácia do método (redução de aproximadamente 50% na prevalência de cáries dentárias), a medida foi recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e por várias instituições mundiais da área da saúde.(91)

De acordo com o relatório técnico da Organização Mundial de Saúde, os conhecimentos técnicos disponíveis atualmente permitem utilizá-lo com toda segurança em saúde pública.(92)

A medida expandiu-se por várias regiões do mundo e, no início do século XXI, cerca de 400 milhões de pessoas em 53 países vinham se beneficiando da fluoretação das águas de abastecimento público.(90)

Nos EUA, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) considerou a fluoretação das águas de abastecimento público uma das dez medidas de saúde pública mais importantes no século XX.(93)

Os cremes dentais, que até a década de 1960 eram meramente cosméticos, após a adição do flúor começaram a ser considerados agentes preventivos em relação à cárie dentária. A incorporação do flúor aos cremes dentais a partir do final do século XX foi crescente, considerando-se que o seu poder preventivo oscila entre 20 a 40%. O uso de cremes dentais com flúor, é compatível com a fluoretação da água, podendo ser utilizado concomitantemente.(91)

No Brasil, até 1988 apenas 25% dos cremes dentais eram fluoretados. Em 1988 foi adicionado flúor ao creme dental responsável por cerca de 50,0% do mercado, desta forma, em 1989 praticamente 90,0% dos cremes dentais comercializados no Brasil já continham flúor em sua composição.(94)

De acordo com Cury e Tenuta (95) a utilização de cremes dentais com flúor deve ser considerado o meio mais racional de uso de flúor, pois ao mesmo tempo que se promove a desorganização da placa bacteriana (biofilme dental) com a escova, o flúor entra em contato com o meio ambiente bucal, reduzindo a desmineralização e favorecendo o processo de remineralização.

O uso abrangente de creme dental com flúor tem sido reconhecido como um dos responsáveis pelo declínio expressivo da cárie no Brasil.(96,97,98)

Revisões sistemáticas têm indicado que os cremes dentais devem conter em sua formulação a concentração de pelo menos 1.000 ppm (partes por milhão) de flúor para serem eficazes no combate à cárie dentária.(99,100)

Walsh et al (100) em sua revisão sistemática envolvendo 79 estudos e 73.000 (setenta e três mil) crianças concluíram que os cremes dentais contendo pelo menos 1.000 ppm (partes por milhão) são eficazes na prevenção da cárie dentária em crianças, mas que cremes dentais com 440/500/550 ppm não apresentaram efeito estatisticamente significativo quando comparados ao placebo, considerando não ser apropriado indicar cremes dentais nestas concentrações de flúor, advertindo porém que o risco de fluorose deve ser avaliado.

Bibliografia

1. Martín-Barbero J. Desafios culturais: da comunicação à educomunicação. *Comun Educ.* 2000 maio/ago;18:51-61. doi:10.11606/issn.2316-9125.v0i18p51-61.
2. Galarreta JFPA, Henriques MN. Educomunicação: solução dos problemas sociais a partir de um sistema cíclico. *Anais do I Educom Sul*; 24-25 maio 2012; Santa Maria. Santa Maria: UFSM; 2012 [citado 23 fev. 2021]. Disponível em: <http://coral.ufsm.br/educosul/anais/cidadania/GALARRETA.pdf>.
3. Vargas A, Rocha HVD, Freire FMP. Promídia: produção de vídeos digitais no contexto educacional. *RENTE 2007 dez*;5(2). doi:10.22456/1679-1916.14199.
4. Morán JM. O vídeo na sala de aula. *Comun Educ.* 1995 jan/abr(2):27-35. doi:10.11606/issn.2316-9125.v0i2p27-35.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília (DF):Ministério da Saúde; 2002.
6. Metzker GFR. Educomunicação: o novo campo e suas áreas de intervenção social. 13º Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sudeste; 7-10 maio

2008; São Paulo. São Paulo: Intercom; 2008.

7. Grossi MG, Maruxo HB, Kobayashi RM, Prado C, Heiman C. Revisão integrativa: a utilização das mídias interativas para Educação em Saúde. 20º Congresso Internacional ABED de Educação a Distância; 6-9 out. 2014; Curitiba. Curitiba: ABED; 2014.

8. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (1990 set. 20); Sec.1:018055.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004 [citado 23 abr. 2021]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.

12. Wohlgemuth J. Vídeo educativo: uma pedagogia audiovisual. Brasília, DF: Senac; 2005.

13. Reis DM, Pitta DR, Ferreira HMB, Jesus MCP, Moraes MEL, Soares MG. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. Cien Saúde Colet. 2010 jan;15(1):269-76. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000100032>.

14. Prestes AC, Martins AB, Neves M, Mayer RTR. Saúde bucal materno-infantil: uma revisão integrativa. Rev Fac Odontol UFP. 2013 jan/abr;18(1):112-9. doi: <https://doi.org/10.5335/rfo.v18i1.3252>.

15. Finkler M, Oleiniski DMB, Ramos FRS. Saúde bucal materno-infantil: um estudo de representações sociais com gestantes. Texto Contexto - Enferm. 2004 set;13(3):360-8. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072004000300004>.

16. Moimaz SAS, Rocha NB, Saliba O, Garbin CAS. O acesso de gestantes ao tratamento odontológico. Rev Odontol Univ São Paulo. 2007 jan-abr;19(1):39-45.

17. Bastiani C, Cota ALS, Provenzano MGA, Fracasso MLC, Honório HM, Rios D. Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. Odontol Clín-Cient. 2010 abr/jun;9(2):155-60.

18. Global Child Dental Fund (UK); Sociedade Brasileira de Pediatria, revisor. Guia de saúde oral materno infantil. [Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria]; 2018

19. Marsiglio AA, Trigueiro M, Cabezon PC, Paula LM, Morelli EM, Yamaguti PM, et al. Erosão dental: da etiologia ao tratamento. UNOPAR Cient, Ciênc Biol Saúde. 2009;11(1):15-9.
20. Vieira DRP, Feitosa DMZ, Alves MSC, Cruz MCFN, Lopes FF. Associação entre doença periodontal na gravidez e parto pré-termo baixo peso ao nascer. Odontol Clínico-Científica [Internet]. 2010 dez;9(4):311-4.
21. Matsubara AS, Demetrio ATW. Atendimento odontológico às gestantes: revisão de literatura. Rev UNINGÁ Review. 2017 fev;29(2):42-7.
22. Organização Mundial da Saúde. Diretriz: suplementação diária de ferro e ácido fólico em gestantes. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2013.
23. Abanto J, Feres M, Duarte D. Primeiros mil dias do bebê e saúde bucal. São Paulo: Napoleão; 2019.
24. Giugliani ERJ, Lamounier JA. Aleitamento materno: uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde. J Pediatr (Rio J). 2004 nov;80(5 supl):s117-8. doi: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000700001>.
25. Toma TS, Rea MF. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. Cad Saúde Pública. 2008;24(Supl 2):5235-46. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001400009>.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015. (Caderno de Atenção Básica, nº 23).
27. Oddy WH. Breastfeeding in the first hour of life protects against neonatal mortality. J Pediatr (Rio J). 2013 Mar-Apr;89(2):109-11. doi: 10.1016/j.jpeds.2013.03.012.
28. Kato T, Yorifuji T, Yamakawa M, Inoue S, Saito K, Doi H, et al. Association of breast feeding with early childhood dental caries: Japanese population-based study. BMJ Open. 2015 Mar 20;5(3):e006982. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006982.
29. Du MQ, Li Z, Jiang H, Wang X, Feng XP, Hu Y, et al. Dental Caries Status and its Associated Factors among 3- to 5-year-old Children in China: A National Survey. Chin J Dent Res. 2018;21(3):167-179. doi: 10.3290/j.cjdr.a41076.
30. Public Health England. Current evidence and guidance on breastfeeding and dental health. London: Public Health England; 2018 [citado 20 fev. 2021]. Disponível em: <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/wp-content/uploads/sites/2/2018/04/PHE-Child-Dental-Health-and-Breastfeeding-April-2018.pdf>.
31. Peres KG, Chaffee BW, Feldens CA, Flores-Mir C, Moynihan P, Rugg-Gunn A. Breastfeeding and oral health: evidence and methodological challenges. J Dent Res. 2018 Mar;97(3):251-8. doi: 10.1177/0022034517738925.
32. Lemos LVFM, Correia MF, Spolidório DMP, Myaki SI, Zuanon ACC. Cariogenicidade do leite materno: mito ou evidência científica. Pesq Bras Odontoped

Clin Integr. 2012 abr/jun;12(2):273-8. doi: 10.4034/PBOCI.2012.122.18.

33. Buccini G, Venancio S. Uso de chupeta em crianças amamentadas: prós e contras. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia prático atualização. Rio de Janeiro: SBP; 2017 [citado 23 fev. 2021]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Aleitamento_-_Chupeta_em_Criancas_Amamentadas.pdf.

34. Silveira LM, Prade LS, Ruedell AM, Haeffner LSB, Weinmann ARM. Aleitamento materno e sua influência nas habilidades orais de crianças. Rev Saúde Pública. 2013 fev;47(1):37-43. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102013000100006>.

35. Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Criança. 8a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

36. Silva EMM, Silva Filho CE, Nepomuceno VC. Uma grande descoberta: o prazer que a higienização bucal correta e bem orientada pode proporcionar. Rev Odontol Araçatuba. 2003 ago/dez;24(2):39-42.

37. Worthington HV, MacDonald L, Poklepovic Pericic T, Sambunjak D, Johnson TM, Imai P, et al. Home use of interdental cleaning devices, in addition to toothbrushing, for preventing and controlling periodontal diseases and dental caries. Cochrane Database Syst Rev. 2019 Apr 10;4(4):CD012018. doi: 10.1002/14651858.CD012018.pub2.

38. Como higienizar a boca do bebê que ainda não tem dentes. [Locução de]: Andiará de Rossi Daldegan. Ribeirão Preto: Jornal da USP, 13 maio 2019. Podcast [citado 27 mar. 2021]. Disponível em: https://jornal.usp.br/podcast/momento-odontologia16_como-higienizar-a-boca-do-bebe-que-ainda-nao-tem-dentes/.

39. Cury JA. Dentifrícios: como escolher e como indicar. In: Associação Paulista dos Cirurgiões-Dentistas. Odontologia. São Paulo: Artes Médicas; 2002. p. 281-95.

40. Yarak A. Bebês que só mamam, devem ter os dentes escovados? In: Veja São Paulo. Blog Vejasp. São Paulo, 10 abr. 2015 [citado 23 fev. 2021]. Disponível em: https://vejasp.abril.com.br/blog/saude/bebes-que-so-mamam-devem-ter-os-dentes-escovados/?utm_source=redesabril_vejasp&utm_medium=facebook&utm_campaign=vejasp.

41. Kubo FMM, Mialhe FL. Fio dental: da dificuldade ao êxito na remoção do biofilme interproximal. Arq Odontol. 2011 jan/mar;47(1):51-5.

42. COLGATE. Higiene Bucal Infantil. 2021 [citado 29 mar. 2021]. Disponível em: <https://www.colgate.com.br/oral-health/kids-oral-care/dental-higiene-for-kids-1013>.

43. Wainwright J, Sheiham A. An analysis of methods of toothbrushing recommended by dental associations, toothpaste and toothbrush companies and in dental texts. Br Dent J. 2014 Aug;217(3):E5. doi: 10.1038/sj.bdj.2014.651.

44. Ribeiro PC. Contribuição ao estudo da técnica de escovação dentária de

Fones [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1983.

45. Ferreira É. Oito maneiras simples de estimular as crianças a escovar os dentes. Minha Vida; 2016 [citado 29 mar. 2021]. Disponível em: <https://www.minhavida.com.br/familia/galerias/15726-oito-maneiras-simples-de-estimular-as-criancas-a-escovar-os-dentes>.

46. APCD da Saúde. Qual a melhor técnica para escovar os dentes?. São Paulo: APCD; 2014 [citado 29 mar. 2021]. Disponível em: <http://www.apcd-saude.org.br/detNot.asp?id=1526&moda=&contexto=&area=008&evento=>.

47. Rodrigues LK, Motter CW, Pegoraro DA, Menoli APV, Menolli RA. Microbiological contamination of toothbrushes and identification of a decontamination protocol using chlorhexidine spray. Rev Odonto Cienc. 2012;27(3):213-7. doi: 10.1590/S1980-65232012000300007.

48. Quaioti TCB, Almeida SS. Determinantes psicobiológicos do comportamento alimentar: uma ênfase em fatores ambientais que contribuem para a obesidade. Psicol USP. 2006;17(4):193-211. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642006000400011>.

49. Galbiatti F, Gimenez CMM, Moraes ABA. Odontologia na primeira infância: sugestões para a clínica do dia a dia. J Bras Odontopediatr Odontol do Bebê. 2002;5(28):512-7.

50. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015. (Caderno de Atenção Básica, nº 23).

51. Brasil. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021.

52. Bradshaw DJ, Lynch RJ. Diet and the microbial aetiology of dental caries: new paradigms. Int Dent J. 2013 Dec;63 Suppl 2:64-72. doi: 10.1111/idj.12082.

53. Torres BLPM, Pinto SRR, Silva BLS, Santos MDC, Moura ACC, Luz LCX. Reflexões sobre fatores determinantes dos hábitos alimentares na infância. Braz J Develop. 2020 set;6(9):66267-77.

54. Macambira DSC, Chaves ES, Costa EC. Conhecimento de pais/cuidadores sobre saúde bucal na infância. Saúde Pesqui. 2017 set dez;10(3):463-72. doi: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2017v10n3p463-472>.

55. Souza AA, Cadete MMM. O papel das famílias e da escola na formação de hábitos alimentares saudáveis de crianças escolares. Rev Pedagógica. 2017 jan/abr;19(40):136-54. doi: <http://dx.doi.org/10.22196/rp.v19i40.3747>.

56. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. Lancet. 2019 Jul;394(10194):249-60. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31146-8.

57. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
58. Dias O. Suécia usou deficiente como cobaia. Folha de São Paulo. 23 set. 1997 [citado 23 mar. 2021]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/1997/9/23/mundo/1.html>.
59. Fejerskov O, Nyvad B, Kidd E. Cárie dentária fisiopatologia e tratamento. 3a ed. Rio de Janeiro: Santos; 2017.
60. Loesche WJ. Cárie dental: uma infecção tratável. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1993.
61. Cate JM, Featherstone JDB. Physicochemical aspects of fluoride-enamel interactions. In: Fejerskov O, Ekstrand J, Burt BA. Fluoride in dentistry. 2nd ed. Copenhagen: Munksgaard; 1996. p. 252-72.
62. Simon-Soro, A.; Mira A. Solving the etiology of dental caries. Trends Microbiol. 2015 Feb;23(2):76-82. doi: 10.1016/j.tim.2014.10.010. 2015;23 (2):76–82.
63. BVS - Atenção Primária em Saúde. Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes Evitar a transmissão direta e/ou indireta de flora bacteriana entre cuidadores e crianças é efetivo na prevenção da cárie? 2018 [citado 20 fev. 2021]. Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/carie-dentaria-e-transmissivel/>.
64. Cruz LR, D'Hyppolito IM, Barja-Fidalgo F, Oliveira BH. "Cárie é transmissível?" Tipo de informação sobre transmissão da cárie em crianças encontrada através da ferramenta de busca Google®. Rev Bras Odontol. 2017 jan/mar;74(1):70-3. doi: <http://dx.doi.org/10.18363/rbo.v74n1.p.68>.
65. Wakaguri S, Aida J, Osaka K, Morita M, Ando Y. Association between caregiver behaviours to prevent vertical transmission and dental caries in their 3-year-old children. Caries Res. 2011;45(3):281-6. doi: 10.1159/000327211.
66. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries (ECC): Classifications, consequences, and preventive strategies. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2020. p. 79-81.
67. Chen KJ, Gao SS, Duangthip D, Lo ECM, Chu CH. Prevalence of early childhood caries among 5-year-old children: A systematic review. J Investig Clin Dent. 2019 Feb;10(1):e12376. doi: 10.1111/jicd.12376.
68. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde da população brasileira 2002-2003. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
69. Losso EM, Tavares MC, Silva JY, Urban CA. Severe early childhood caries: an integral approach. J Pediatr (Rio J). 2009 Jul-Aug;85(4):295-300. English, Portuguese. doi: 10.2223/JPED.1908

70. Finucane D. Rationale for restoration of carious primary teeth: a review. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2012 Dec;13(6):281-92. doi: 10.1007/BF03320828.
71. Castro AM, Reis CGC, Costa JGF, Alcântara RM, Ferreira DCA, Oliveira FS. Importance of deciduous teeth: maternal perceptions and early childhood caries. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2017;17(1):e3514. doi: <http://dx.doi.org/10.4034/PBOCI.2017.171.36>
72. Sheiham A. Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children. *Br Dent J*. 2006 Nov 25;201(10):625-6. doi: 10.1038/sj.bdj.4814259.
73. Ortiz FR, Tomazoni F, Oliveira MD, Piovesan C, Mendes F, Ardenghi TM. Toothache, associated factors, and its impact on Oral Health-Related Quality of Life (OHRQoL) in preschool children. *Braz Dent J*. 2014 Nov-Dec;25(6):546-53. doi: 10.1590/0103-6440201302439.
74. Rebelo MAB, Vieira JMR, Pereira JV, Quadros LN, Vettore MV. Does oral health influence school performance and school attendance? A systematic review and meta-analysis. *Int J Paediatr Dent*. 2019 mar;29(2):138-48. doi: <https://doi.org/10.1111/ipd.12441>
75. Filstrup SL, Briskie D, Fonseca M, Lawrence L, Wandera A, Inglehart MR. Early childhood caries and quality of life: child and parent perspectives. *Pediatr Dent*. 2003 Sep-Oct;25(5):431-40.
76. Chaffee BW, Rodrigues PH, Kramer PF, Vítolo MR, Feldens CA. Oral health-related quality-of-life scores differ by socioeconomic status and caries experience. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2017 Jun;45(3):216-24. doi: 10.1111/cdoe.12279.
77. Low W, Tan S, Schwartz S. The effect of severe caries on the quality of life in young children. *Pediatr Dent*. 1999 Sep-Oct;21(6):325-6.
78. Acs G, Pretzer S, Foley M, Ng MW. Perceived outcomes and parental satisfaction following dental rehabilitation under general anesthesia. *Pediatr Dent*. 2001 Sep-Oct;23(5):419-23.
79. White H, Lee JY, Vann WF Jr. Parental evaluation of quality of life measures following pediatric dental treatment using general anesthesia. *Anesth Prog*. 2003;50(3):105-10.
80. Nagarkar SR, Kumar JV, Moss ME. Early childhood caries-related visits to emergency departments and ambulatory surgery facilities and associated charges in New York state. *J Am Dent Assoc*. 2012 Jan;143(1):59-65. doi: 10.14219/jada.archive.2012.0021.
81. Schroth RJ, Harrison RL, Moffatt ME. Oral health of indigenous children and the influence of early childhood caries on childhood health and well-being. *Pediatr Clin North Am*. 2009 Dec;56(6):1481-99. doi: 10.1016/j.pcl.2009.09.010.

82. Nations MK, Calvasina PG, Martin MN, Dias HF. Cultural significance of primary teeth for caregivers in Northeast Brazil. *Cad Saude Publica*. 2008 Apr;24(4):800-8. doi: 10.1590/s0102-311x2008000400010.
83. Castilho SD, Rocha MA. Pacifier habit: history and multidisciplinary view. *J Pediatr (Rio J)*. 2009 Nov-Dec;85(6):480-9.
84. Gisfrede TF, Kimura JS, Reyes A, Bassi J, Drugowick R, Matos R, et al. Hábitos bucais deletérios e suas consequências em Odontopediatria. *Rev Bras Odontol*. 2016 abr/jun;73(2):144-9.
85. Boni R, Degan V. Mamadeira e chupeta: esclareça suas dúvidas. Barueri: Manole; 2007.
86. Buendia OC. Fluoretação das águas: manual de orientação prática. São Paulo: American Med; 1996.
87. Ramires I, Buzalaf M. Manual: flúor e fluoretação da água de abastecimento público. Bauru: [editora desconhecida]; 2005.
88. Thylstrup A. Clinical evidence of the role of pre-eruptive fluoride in caries prevention. *J Dent Res*. 1990 Feb;69 Spec No:742-50; discussion 820-3. doi: 10.1177/00220345900690S144.
89. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Manual de fluoretação da água para consumo humano. Brasília (DF): Funasa; 2012 [citado 23 abr. 2021]. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/mnl_fluoretacao_2.pdf.
90. Nunn JF, Steele JG. Fluorides and dental caries. In: Murray JJ, Nunn JH, Steele JG, editors. *Prevention of oral disease*. 4th ed. Oxford: Oxford University Press; 2003. p. 35-60.
91. Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. *Cien Saude Colet*. 2000;5(2):381-92. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200011>.
92. World Health Organization. Fluorine and fluorides. Genebra: WHO; 1984. (Environmental Health Criteria, 36).
93. Centers for Disease Control and Prevention. Achievements in Public Health 1900-1999: fluoridations of drinking water to prevent dental caries. *Morb Mortal Wkly Rep*. 1999;48(41):933-40.
94. Cury JA. Dentrifícios fluoretados no Brasil. *RGO*. 1989;37(2):139-42.
95. Cury JA, Tenuta LM. How to maintain a cariostatic fluoride concentration in the oral environment. *Adv Dent Res*. 2008 Jul 1;20(1):13-6. doi: 10.1177/154407370802000104.
96. Narvai, PC, Frazão, P; Roncali, AG; Antunes JLF. Declínio na experiência de cárie em dentes permanentes de escolares brasileiros no final do século XX. *Rev Odontol Soc*. 1999;1(1/2):25-9.

97. Cury JA, Tenuta LM, Ribeiro CC, Paes Leme AF. The importance of fluoride dentifrices to the current dental caries prevalence in Brazil. *Braz Dent J*. 2004;15(3):167-74. doi: 10.1590/s0103-64402004000300001.
98. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. *Rev Panam Salud Publica*. 2006;19(6):385-93.
99. Marinho VC, Higgins JP, Sheiham A, Logan S. Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(1):CD002278. doi: 10.1002/14651858.CD002278.
100. Walsh T, Worthington HV, Glenny AM, Appelbe P, Marinho VC, Shi X. Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Jan 20;(1):CD007868. doi: 10.1002/14651858.CD007868.pub2. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Mar 04;3:CD007868.