



UNESP - Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”
Faculdade de Odontologia de Araraquara



Muriely da Motta Martins

A eficácia da influência de hábitos de higiene oral em crianças

Araraquara
2023



UNESP - Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Odontologia de Araraquara



Muriely da Motta Martins

A eficácia da influência de hábitos de higiene oral em crianças

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araraquara, da Universidade Estadual Paulista, para a obtenção do grau de Cirurgião-dentista.

Orientador: Aylton Valsecki Júnior

Araraquara
2023

M386e

Martins, Muriely da Motta

A eficácia da influência de hábitos de higiene oral em crianças / Muriely da Motta Martins. -- Araraquara, 2023
39 f.

Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado - Odontologia)
- Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de
Odontologia, Araraquara

Orientador: Aylton Valsecki Júnior

1. Higiene bucal. 2. Criança. 3. Política pública. 4. Educação
em Odontologia. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Biblioteca da
Faculdade de Odontologia, Araraquara. Dados fornecidos pelo autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.

**UNESP - Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Odontologia de Araraquara**

Muriely da Motta Martins

A eficácia da influência de hábitos de higiene oral em crianças

Orientador: Prof (a) Dr (a): Aylton Valsecki Júnior

Assinatura Orientador (a):

Assinatura Aluno (a):

Araraquara, 28 de fevereiro de 2023.

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos meus pais Cristian e Adriane que sempre me apoiaram e me incentivam a ir atrás dos meus objetivos e sonhos, sem medir esforços para me auxiliar com o que fossem capazes.

Ao meu namorado Rafael que sempre esteve do meu lado, me ajudando com palavras de calma e confiança e sempre me incentivando.

A todos os meus professores que me acompanharam nessa jornada, que me transmitiram conhecimento, me dando oportunidade de conhecer e amar a área que escolhi.

Aos amigos que me passaram força e coragem, para conseguir terminar esse trabalho.

A esta faculdade e todos que direta ou indiretamente fazem parte da minha formação, especialmente para aqueles que vieram buscando atendimento e confiaram em mim para realizá-los.

E a Deus, por tudo que já conquistei na minha vida.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais pelo amor e incentivo a cada passo.

Aos meus professores, especialmente meu orientador Aylton Valsecki Júnior, pelo apoio e confiança.

E a Deus, que fez com que meus objetivos fossem alcançados, me dando força e dedicação durante a realização deste trabalho.

Martins MM. A eficácia da influência de hábitos de higiene oral em crianças [Trabalho de Conclusão de Curso – Graduação em Odontologia]. Araraquara: Faculdade de Odontologia da UNESP; 2023.

RESUMO

Este trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica que teve o objetivo de demonstrar a eficácia da influência de hábitos de higiene oral em crianças no Brasil. Na atualidade, o interesse pelo tema ocupa posição de destaque, demandando inúmeras políticas públicas, diversos fóruns, simpósios e estudos científicos. A eficácia da influência da higiene oral em crianças é um tema aparentemente conciso, porém, a sua contextualização envolve assuntos difusos que se entrelaçam e se complementam na formação de um juízo de valor. Este trabalho optou por seguir uma linha investigativa narrativa trazendo em voga os aspectos políticos, médicos, sociodemográficos e culturais envolvidos no tema. Em um primeiro momento foi abordado o cunho histórico da saúde bucal em crianças no Brasil, levantando também as políticas públicas da atualidade em relação a saúde bucal de crianças; em um segundo momento, foram levantadas as principais problemáticas orais verificadas nas crianças brasileiras, em um terceiro e último momento este trabalho se voltou para a abordagem das recomendações médicas em saúde bucal para crianças, traçando correlações entre as doenças bucais e suas consequências para a saúde geral das crianças. Este trabalho concluiu que a eficácia da influência de hábitos de higiene oral em crianças ainda não é obtida em completude no Brasil. A formatação das políticas ainda se baseiam em olhares fragmentados e cartesianos devido a uma visão limitada das interações e integrações de fatores de risco e vulnerabilidades, especialmente no entendimento de suas influências no processo educacional. Para corrigir esta problemática não basta a edição de novas Leis focadas apenas em saúde bucal. As políticas públicas necessitam focar na edição de Leis que modifiquem as condições socioeconômicas e culturais das crianças em vulnerabilidade e de suas famílias articulando estas Leis de forma uníssona ao Sistema Único de Saúde.

Palavras – chave: Higiene bucal. Criança. Política pública. Educação em Odontologia.

Martins MM. The effectiveness of the influence of oral hygiene habits in children [Trabalho de Conclusão de Curso – Graduação em Odontologia]. Araraquara: Faculdade de Odontologia da UNESP; 2023.

ABSTRACT

This work is a bibliographic review that aimed to demonstrate the effectiveness of the influence of oral hygiene habits on children in Brazil. Currently, interest in the subject occupies a prominent position, demanding numerous public policies, various forums, symposiums and scientific studies. The effectiveness of the influence of oral hygiene on children is an apparently concise topic, however, its contextualization involves diffuse subjects that intertwine and complement each other in the formation of a value judgment. This work chose to follow a narrative investigative line bringing into vogue the political, medical, sociodemographic and cultural aspects involved in the theme. At first, the historical nature of oral health in children in Brazil was approached, also raising current public policies in relation to the oral health of children; in a second moment, the main oral problems verified in Brazilian children were raised, in a third and last moment this work turned to the approach of medical recommendations in oral health for children, tracing correlations between oral diseases and their consequences for health children's general. This work concluded that the effectiveness of the influence of oral hygiene habits in children is not yet fully obtained in Brazil. The formatting of policies is still based on fragmented and Cartesian views due to a limited view of the interactions and integration of risk factors and vulnerabilities, especially in understanding their influences on the educational process. To correct this problem, it is not enough to issue new laws focused only on oral health. Public policies need to focus on enacting laws that modify the socioeconomic and cultural conditions of vulnerable children and their families, articulating these laws in unison with the Unified Health System.

Keywords: Oral hygiene. Child. Public policy. Education, dental.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 PROPOSIÇÃO	10
3 REVISÃO DA LITERATURA	11
3.1 Um Breve Resumo da Implantação da Saúde Oral em Crianças no Brasil	11
3.1.1 O atendimento em saúde oral em crianças na atualidade.....	14
3.2 Os Principais Problemas Bucais em Crianças	16
3.3 A Relação Saúde Bucal x Saúde Geral.....	18
3.4 As Primeiras Práticas de Saúde Oral em Crianças	21
3.5 A Importância das Práticas de Higiene Oral em Crianças	23
4 DISCUSSÃO	25
5 CONCLUSÃO	31
REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

A educação em saúde bucal voltada para crianças nos últimos anos no Brasil apresentou evolução significativa. A educação em hábitos de higiene oral, anteriormente focada em prestar suporte a adultos e idosos¹, agora se volta com maior ênfase às crianças em idade tênue, no intuito de minimizar os problemas bucais e de saúde geral nas diferentes fases da vida. Tem-se a definição de criança baseado na conceituação do Eca (Estatuto da Criança e do Adolescente) que em seu “Art. 2º que considera como criança, a pessoa até doze anos de idade incompletos”².

No Brasil, a preocupação com a saúde bucal das crianças remonta ao século XIX, quando a partir de então surgiram inúmeros estudos e pesquisas elaboradas por dentistas, médicos, educadores e sociedades civis organizadas. As questões relativas à saúde oral em crianças foram debatidas em congressos e conferências nas áreas de odontologia e higiene, e deixaram registros em revistas, boletins profissionais e materiais de campanhas que tentavam envolver toda a sociedade³.

Apesar de toda a preocupação com a saúde bucal das crianças desde tempos remotos, o que se constata é que a esta época a saúde bucal em crianças era avaliada por meio de critérios unicamente clínicos, os quais não permitiam a determinação do real impacto dos problemas bucais na vida dos indivíduos⁴.

Segundo especialistas a avaliação da cavidade bucal deve fazer parte da rotina do exame físico do recém-nascido e tem como objetivo identificar anormalidades. Recomenda-se que os pais levem seus filhos para a realização da primeira consulta odontológica nos primeiros seis meses de vida por ser um período oportuno para orientações sobre aleitamento materno e hábitos de sucção nutritiva, não nutritiva e de higiene bucal⁵. O paradigma da higiene bucal em crianças se volta agora para a prevenção através da maturação de hábitos de higiene oral desde a infância mais tenra e critérios unicamente clínicos se somam agora a critérios epidemiológicos, sociopsicológicos e culturais para o trato das doenças bucais.

A infância se mostra como um período de aprendizado onde os ensinamentos obtidos podem ser perpetuados por toda a vida e que poderão se refletir posteriormente nos comportamentos relacionados à saúde⁶, por isto a importância da implantação de hábitos de higiene oral em crianças.

A eficácia da influência de hábitos de higiene oral em crianças levaria o Brasil a minimização dos problemas orais destes indivíduos de forma globalizada, prevenindo doenças não só bucais, assim como também outras patologias que assolam as crianças, interferindo diretamente na melhora da saúde geral destes indivíduos, porém, no Brasil, devido a inúmeras problemáticas, esta eficácia ainda não pode ser percebida em face de sua configuração sociodemográfica, econômica e cultural.

Diante da peculiaridade processual que se desenvolve em nosso país, numa perspectiva de ampliar a compreensão da importância e dos efeitos eficazes na promoção de hábitos saudáveis para os cuidados em saúde bucal, esta apresentação se desenvolve em sua busca por um olhar mais abrangente sobre os desígnios da promoção da saúde e, em especial, da saúde bucal.

2 PROPOSIÇÃO

Este trabalho trata-se de uma Revisão de Literatura que se propõe a avaliar a eficácia da influência de hábitos de higiene oral em crianças no Brasil. A relevância na execução deste trabalho incide nas problemáticas orais que ainda assolam grande parte das crianças no Brasil e que poderiam ser evitadas com a implementação de hábitos educativos que podem ser administrados desde os primeiros meses de vida. Divulgar um tema de tamanha relevância para a saúde das crianças, conscientizando toda a sociedade a respeito de sua criticidade se mostra significativo e preponderante.

Inúmeras políticas públicas, estudos, simpósios têm sido realizados voltados para a melhoria da saúde bucal das crianças, mas a efetividade das ações propostas ainda não se solidificou totalmente, tendo em vista o número de problemas orais que continuam a afetar as crianças no Brasil e que se propagam em complicações na saúde geral destas crianças.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Este trabalho segue uma linha investigativa e narrativa histórica que busca através de um levantamento bibliográfico contextualizar o tema proposto seguindo por objetivos específicos que envolvam o cunho histórico da saúde bucal em crianças no Brasil, abordando também as políticas públicas da atualidade em relação a saúde bucal de crianças; as principais problemáticas orais verificadas nas crianças brasileiras, as recomendações médicas em saúde bucal para crianças, assim como também traçar correlações entre as doenças bucais e suas consequências para a saúde geral dos indivíduos.

3.1 Um Breve Resumo da Implantação da Saúde Oral em Crianças no Brasil

No Brasil, a partir do final do século XIX o tema saúde oral em crianças começa a ganhar corpo e forma bem definida demandados pelas instituições odontológicas da época que tentavam sensibilizar governo e autoridades escolares para a criação de clínicas dentárias infantis e serviços dentários gratuitos nas escolas públicas, dispensários e institutos de proteção à infância³.

A primeira iniciativa concreta de viabilizar a educação oral em crianças deu-se em São Paulo, no ano de 1912 com a implantação no ensino primário oficial do Estado, da Assistência Dentária Escolar. A implantação deste projeto acabou se espalhando para outros estados, como Minas Gerais, Rio de Janeiro, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Sul, Bahia e Sergipe, que começaram a atentar para a necessidade da assistência bucal infantil⁷.

Em 1929, foi realizado o terceiro Congresso Odontológico Latino-americano, que aconteceu na Cidade do Rio de Janeiro e que enfatizou a autonomia do serviço dentário e a importância do dentista no cenário escolar. Associações médico-odontológicas, escolas e famílias deveriam agregar esforços para tentar minimizar os problemas encontrados na saúde bucal das crianças. Nesse processo, observa-se que a escola agregou funções, clinicando, difundindo hábitos de higiene e alimentação adequada, corrigindo vícios e práticas, em um esforço de educar toda a sociedade civil e escolar⁸.

Destaca-se no ano de 1929 a oficialização do decreto 4.600, de 30/5/1929 que regulamentou o Serviço Dentário Escolar, e a existência de consultórios odontológicos

em espaços escolares que já era anterior ao decreto passou a ser oficializada. Porém, apesar de ser oficializada o atendimento prestado caracterizava-se por ser de livre demanda⁹.

Apesar de ser um grande avanço para a época o que se constata é que essa primeira experiência em nível federal não se estabeleceu enquanto rotina e nem enquanto componente de uma estratégia mais global dos serviços. Não contribuiu, tampouco, para a composição de uma base de dados pública que apontasse para a estruturação de uma estratégia de vigilância em saúde bucal. A política de saúde bucal ao qual o levantamento esteve vinculado, o Programa de Prevenção da Cárie Dentária (Precad), resumiu-se a um tímido estímulo à fluoretação das águas e à implementação de um programa de aplicação tópica de flúor gel em escolares, o qual se mostrou de baixa cobertura e efetividade¹⁰. Situação que perdurou até a década de oitenta.

Na década de oitenta foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), considerada um marco histórico ao colocar as bases de mudança no Sistema de Saúde vindo a se constituir dois anos mais tarde no Sistema Único de Saúde (SUS). Após a realização da VIII CNS ocorreu em setembro de 1986 a I Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), que expôs em seu relatório final a necessidade de uma Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) inserida nos preceitos de um sistema universal, equânime, integral e com participação da população, como estabelecido na VIII CNS^{11,12}.

Em junho de 1989, o Ministério da Saúde instituiu na abordagem do INAMPS a PNSB (Política Nacional de Saúde Bucal). Esta política baseou-se nos princípios da universalização, participação da comunidade, descentralização, hierarquização e integração institucional. Era destinada, inicialmente, às crianças em idade escolar na faixa de 6 a 12 anos, e seguida das faixas etárias de 13 a 19 anos, de 2 a 5 anos e adultos. Em relação aos serviços prestados, a prioridade estava voltada para os serviços emergenciais, ações preventivas, educação em saúde bucal e serviços recuperadores mais básicos, tais como restaurações dentárias. A PNSB também apontava para prestação de serviços nas especialidades consideradas básicas, que seria a atenção endodôntica, a periodontia, a atenção protética, cirúrgica e ortodôntica além de serviços especializados de maior complexidade¹³.

Da década de oitenta; o próximo salto histórico na seara da saúde bucal ocorreu em 28 de dezembro de 2000, quando foi lançada a Portaria Ministerial nº

1.444 que fixou incentivo financeiro para reorientação das ações de saúde bucal e inseriu o cirurgião-dentista na ESF (Estratégia de Saúde da Família). Destarte para a ESF que surge como uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica no sentido de favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica¹⁴.

Em 2001 em relação a saúde bucal em crianças no Brasil houve a criação da Estratégia de Saúde da Família lançada pela Portaria nº 267 que considerou como necessidade a ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção e recuperação da saúde bucal, bem como de prevenção de doenças e agravos a ela relacionados, melhoria dos índices epidemiológicos de saúde bucal e inclusão de ações de saúde bucal na ESF^{13,14}.

Ainda em 2001 tem-se a gênese do programa que demanda as determinações governamentais para com os cuidados em relação a saúde bucal o qual permanece até os dias atuais através do Programa Brasil Sorridente. Este foi lançado efetivamente em 2004, tendo como base uma política centrada na vigilância em saúde, foco na família e por linhas de cuidado e expansão dos procedimentos clínicos especializados por meio principalmente dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios de Próteses Dentárias (LPDR), o Brasil Sorridente buscou a ampliação do acesso aos serviços odontológicos numa perspectiva jamais intentada. Todo planejamento considerou os princípios do SUS e foi complementado pela gestão participativa, com ênfase na ética, acolhimento, humanização do atendimento e vínculo entre as equipes e usuários¹⁵.

Em suma, desde tempos primórdios em relação a saúde oral em crianças, o que se constata é que as intervenções tiveram até a década de oitenta um atendimento realizado de forma não centralizada, não institucionalizada, caracterizado por atendimentos pontuais realizados em escolas por enfermeiros e especialistas odontológicos, coordenados pela livre demanda¹⁶. A partir da década de oitenta acontecem os primeiros avanços no intuito de se institucionalizar o atendimento em saúde bucal no Brasil, a partir de então o atendimento bucal é institucionalizado e em 2001 surgem as primeiras bases de atendimento com equipes especializadas. Nota-se também o estabelecimento de uma base de dados que vai proporcionar o posicionamento estratégico no atendimento as demandas^{13,14}.

Na atualidade com a implantação do Programa Brasil Sorridente o suporte aos usuários passa a focar no atendimento humanizado, ético e que implanta os princípios básicos da prevenção de doenças e atendimento especializado¹⁴⁻¹⁶.

3.1.1 O atendimento em saúde oral em crianças na atualidade

O atendimento em saúde oral no Brasil é fundamentado pelo Programa Brasil Sorridente. O programa tem o objetivo de garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população brasileira. Para isso, reúne uma série de ações para ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁷.

As principais linhas de ação do Brasil Sorridente são a reorganização do acesso à saúde bucal na Atenção Primária, principalmente com a implantação das equipes de Saúde Bucal (eSB) na Estratégia Saúde da Família (ESF) e das Unidades Odontológicas Móveis (UOM); a ampliação e qualificação da atenção especializada (especialmente com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); a ampliação dos pontos de apoio à rede de atenção (principalmente por meio dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias [LRPD], que viabilizam o apoio para a reabilitação de saúde bucal); e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público¹⁸.

Na estratégia de saúde da família as unidades básicas de saúde (UBS) atuam nas comunidades, através de seus agentes de saúde que procuram estreitar relações com as comunidades locais levando informação de autocuidado e prevenção de doenças bucais, mas é na escola, através do Programa saúde na Escola, que busca articular os espaços de aprendizagem às unidades básicas de saúde (UBS) nas comunidades, para que os primeiros cuidados com a boca e os dentes sejam efetivamente realizados. Estes atendimentos são um dos pilares do Programa e tem como objetivo desenvolver o autocuidado e minimizar riscos por meio de estratégias individuais e coletivas que contam com a participação de profissionais de educação e de saúde. As ações também contemplam a avaliação bucal e a vigilância sanitária^{17,18}.

Com relação as crianças em idade escolar o atendimento em saúde oral é totalmente atrelado as UBS e realizado tendo como base o programa Saúde na Escola que busca articular os espaços de aprendizagem às unidades básicas de saúde (UBS) nas comunidades. O cuidado com a boca e os dentes é um dos pilares do PSE

(Programa de Saúde na Escola) e tem como objetivo desenvolver o autocuidado e minimizar riscos por meio de estratégias individuais e coletivas que contam com a participação de profissionais de educação e de saúde. As ações contemplam a avaliação bucal e a vigilância sanitária^{17,18}.

Um fato impactante na saúde oral das crianças e que não poderia deixar de ser mencionado é que mesmo com toda a rede de apoio a saúde bucal e a atenção com a prevenção de doenças proporcionado pelo Programa Brasil Sorridente, as crianças em idade pré-escolar, apesar de suas famílias estarem inseridas no contexto de tratamento e prevenção oral do SUS, em sua grande maioria ainda não se beneficiam dos cuidados em saúde oral, pois existe uma grande parcela da população que não demonstra preocupação durante a primeira infância com tratamentos dentários ou práticas de prevenção de doenças. Um grande obstáculo para o sucesso de programas preventivos tem sido a falta de comprometimento das famílias quanto às orientações^{19,20}.

Traçando um olhar escrutinador a respeito da promoção e da manutenção da saúde bucal, têm-se que estes cuidados não estão sob a total tutela do estado quando se levanta a questão do auto cuidado e da autonomia na promoção da saúde bucal, pois, na visão dos órgãos promotores da saúde, a promoção de saúde é o processo de capacitação das pessoas para aumentar seu controle sobre como melhorar a sua saúde. Saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida cotidiana, não o objetivo da vida. Trata-se de um conceito positivo enfatizando recursos sociais e pessoais, assim como capacidades físicas. Portanto, promoção de saúde não é apenas responsabilidade de um setor isolado²¹.

Estudos apontam ainda que a promoção da saúde é a atuação para a ampliação do controle ou domínio dos indivíduos e comunidades sobre os determinantes de sua saúde, identificando o eixo das ações promotoras de saúde, o que permite localizar a autonomia como categoria norteadora da atuação em promoção da saúde. Pode-se dizer, portanto, que a promoção da saúde busca a ampliação da autonomia de indivíduos e comunidades²².

Na conceituação de autonomia, duas condições são essenciais: a liberdade (independência do controle de influências) e a ação (capacidade de ação intencional). Desta forma, o indivíduo age livremente de acordo com o seu próprio plano de vida.

Uma pessoa sem autonomia ou com autonomia diminuída ou fragilizada é incapaz de deliberar ou agir conscientemente^{23,24}.

As pessoas em estado de vulnerabilidade, como o caso das crianças brasileiras e de suas famílias, em situação socioeconômica e cultural desvantajosa, se encontram desprovidas de autonomia, pois a autonomia do indivíduo prevê a capacidade que as pessoas têm para a sua autodeterminação no que diz respeito às opções individuais de que dispõem, ressaltando que as pessoas vulneráveis, possuem autonomia reduzida²⁴.

Entende-se aqui o ciclo vicioso no qual grande parte das crianças brasileiras está inserida. O auto cuidado em saúde bucal origina-se na autonomia dos indivíduos na busca de práticas que levem a eficácia da influência de hábitos de higiene oral. O que remete a verdadeira eficácia do Programa Brasil Sorridente e a forma como as políticas públicas conseguem efetivamente atingir o seu público.

3.2 Os Principais Problemas Bucais em Crianças

As crianças no Brasil pertencem a um grupo menos propenso a receber cuidados dentários e, portanto, com necessidades bucais não atendidas²⁵.

Os principais problemas de saúde bucal que afetam as crianças em fase de dentadura decídua e mista são: a) cárie dentária; b) problemas periodontais (em especial nesta faixa etária mais jovem, a gengivite); c) lesões traumáticas dentárias; c) más oclusões; e d) desgaste dentário por bruxismo²⁶.

As doenças bucais em crianças são passíveis de tratamento e ou controle efetivos, mas por questões culturais, a maioria dos pais ou responsáveis espera que os dentistas, sozinhos, tomem conta da boca de seus filhos. Além disso, pensam que o controle das doenças bucais em crianças, pode ser obtido meramente pela visita ao consultório com intervalos regulares, o que na realidade não é suficiente e geralmente resulta em frustração para todos os envolvidos, tendo em vista que a prevenção destas doenças se faz necessária no seio familiar através da prevenção e cuidados permanentes quanto a higienização²⁷.

A cárie dentária ainda é o principal agravo de saúde bucal, apresentando-se como a doença crônica mais comum na infância, sendo um grande problema para a saúde pública no mundo. A cárie da primeira infância (CPI) pode desenvolver características particulares, com tamanha gravidade, a ponto de interferir no

desenvolvimento e no crescimento das crianças²⁸. Sendo a cárie dentária uma desmineralização irreversível do esmalte do dente produzida pela ação de ácidos provenientes do metabolismo de carboidratos na placa bacteriana dentária²⁸.

Já as doenças periodontais apresentam a segunda maior incidência em crianças. Nas condições periodontais normais, a gengiva marginal não deve apresentar sangramento ao toque da escova ou do fio dental. O índice de sangramento gengival²⁹ é qualitativo, tendo a presença ou ausência de sangramento oriundo do sulco gengival como indicador de doença²⁹. Contudo um acúmulo crônico de placa bacteriana em sítios dentários próximos à gengiva causa um processo inflamatório conhecido como gengivite. O sinal mais comum desta alteração é o sangramento gengival com facilidade, durante a escovação e após o uso de fio dental. Em estágios iniciais, pode-se reverter a gengivite por meio do controle mecânico e/ou químico da placa, mas em estágios mais avançados (periodontite) pode haver sequelas de improvável reversão espontânea. Apesar de a gengivite em crianças possuir elevada prevalência, percebe-se que, infelizmente que ainda há negligência, talvez pela dificuldade dos pais em identificar a sua existência³⁰.

No caso das lesões traumáticas dentárias que se efetivam nas más oclusões; sendo estas variações significativas do crescimento e da morfologia dos arcos dentários, que podem ser consequência da combinação de pequenos desvios do padrão de normalidade, gerando alterações no sistema estomatognático³¹. As más oclusões são problemas muito frequentes em crianças e podem inclusive, serem consideradas um problema de saúde pública devido à elevada prevalência e aparecimento precoce³².

O último problema citado como de maior incidência em crianças no Brasil, trata-se do Bruxismo. O bruxismo é uma atividade involuntária parafuncional, rítmica e espasmódica do sistema mastigatório produzida por contrações rítmicas ou tônicas do masseter e de outros músculos mandibulares³³ e caracterizada pelo ato de ranger ou apertar os dentes tanto durante o período diurno como noturno³⁴. A principal intervenção clínica relacionada ao bruxismo deve ser voltada para a proteção do dente, reduzindo o ranger, aliviando dores faciais e temporais e promovendo melhorias na qualidade do sono, caso seja deficiente³⁵.

Ressalte-se que os problemas bucais de maior incidência em crianças no Brasil são passíveis de serem evitados por intermédio de intervenções de

prevenção^{27,31,32,35}. Alcançar e manter a saúde bucal em crianças é uma meta que depende de bons hábitos do núcleo familiar, bem como o suporte preventivo e interceptor profissional ofertado durante a infância²⁶.

3.3 Relação Saúde Bucal X Saúde Geral

Em se tratando de todo e qualquer tipo de prestação de serviços de saúde à criança o principal objetivo é o de proteger e favorecer o seu crescimento e desenvolvimento. Desta forma, o processo de crescimento e desenvolvimento é a marca da infância, sendo imprescindível o acompanhamento integral da saúde destes indivíduos³⁶.

Os conceitos de crescimento e desenvolvimento são muitas vezes confundidos ou tidos como sinônimos. Embora crescimento e desenvolvimento de uma criança possam ser tomados como termos sinônimos, apresentam significados distintos³⁷. O crescimento é um processo biológico, de multiplicação e aumento do tamanho celular, expresso pelo aumento corporal. O crescimento do ser humano é um processo dinâmico e contínuo que ocorre desde a concepção até o final da vida, considerando os fenômenos de substituição e regeneração de tecidos e órgãos. Já o desenvolvimento é um conceito que se refere a uma transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva, que inclui, além do crescimento, a maturação, a aprendizagem e os aspectos psíquicos e sociais. O crescimento e o desenvolvimento humano constituem-se em fatores para um bom crescimento e desenvolvimento de uma criança³⁸.

Nas últimas décadas, o interesse pelo crescimento e desenvolvimento da criança tem crescido em todo mundo como resultado do aumento constatado da sobrevivência infantil e o reconhecimento de que a prevenção de problemas ou de patologias nesse período exerce efeitos duradouros no ser humano. Os fatores para um bom crescimento e desenvolvimento de uma criança, tais como: boa alimentação, educação, higiene, saúde, puericultura, atividades físicas e um bom ambiente familiar fazem parte do senso comum³⁹.

A saúde bucal é parte da saúde geral, sendo essencial para a qualidade de vida de uma criança. As crianças devem dispor de uma condição de saúde bucal que lhes permita falar, mastigar, reconhecer o sabor dos alimentos, sorrir, viver livre de dor e desconforto⁴⁰.

Especificamente em relação às crianças, um sorriso saudável é, sem dúvida, um meio de desenvolver relações interpessoais e de fortalecer autoestima. Porém, nem toda criança consegue sorrir como gostaria, pois as doenças e desordens bucais durante a infância podem ter um impacto negativo sobre suas vidas^{41,42}, como, por exemplo, dificuldade na mastigação, diminuição do apetite, perda de peso, dificuldade de dormir, alteração no comportamento e diminuição do rendimento escolar⁴³.

A boca exerce importantes funções que repercutem na saúde de todo o organismo, além de ser a maior cavidade do corpo a ter contato direto com meio ambiente, sendo porta de entrada para microrganismos e bactérias. Uma boa higiene bucal diminui o risco de problemas bucais e dentários e conseqüentemente interfere na saúde geral do indivíduo⁴⁴.

Outro aspecto a ser evidenciado aqui são os impactos biopsicossociais na saúde geral das crianças ocasionados pela ausência de saúde bucal. Uma personalidade sadia é constituída a partir de uma boa estruturação das fases de desenvolvimento, e a inadequação em alguma delas pode produzir desarmonias tanto no desenvolvimento sexual como no relacionamento psicossocial, podendo ocasionar desajustes comportamentais e orgânicos⁴⁵.

Uma fase muito importante na vida das crianças e que pode trazer prejuízos para a vida toda destes indivíduos é a Fase Oral. A Fase Oral, que vai do nascimento até os dois anos de idade, é a primeira fase da evolução da libido, que representa a energia de vida, e neste período está sob o primado da boca. O cérebro do bebê, nesta fase, entende todo prazer pela boca. Durante a Fase Oral, a região bucal é a principal fonte das excitações; é o local de realização das trocas do bebê com o mundo. Todo o ser encontra-se centrado nessa relação que, por um lado atende ao impulso de autoconservação, permitindo a incorporação do sustento biológico, e, por outro lado, faz com que, ao receber o leite, as primeiras impressões se registrem, dando origem à estruturação do psiquismo humano. As experiências de prazer e desprazer encontram-se relacionadas com este órgão fundamental⁴⁵.

O bebê que recebe bons cuidados dos pais, recebe contato físico e sempre é pego no colo, recebe beijo, abraço, carinho e é atendido quando chora, enfim, recebe a segurança física de que necessita e sua necessidade de sugar e incorporar também é atendida nas mamadas; como conseqüência esta pessoa tenderá a repetir está boa

relação no futuro, lidando inclusive melhor com as perdas, angústias, ansiedade e, provavelmente, não terá problemas de dependência emocional⁴⁶.

Já o bebê que não recebeu todas as provisões das quais necessitou ou as recebeu em excesso, provavelmente, ficará fixado nesta fase, podendo acarretar prejuízos com o desenvolvimento da “síndrome do abandono”, que desencadeia numa busca patológica constante por elogios, beijos, abraços, carinho e por ser amado. A criança pode ficar fixada nesta fase devido à falta do que não teve e poderá perceber em sua vida adulta pessoas e objetos como seus “provedores de alimento.” Esse indivíduo pode ter as características de comer muito, falar muito e de forma ansiosa, apresentar dependência emocional, já que sentirá constante sensação de abandono. Poderá ser considerado adicto, sempre em busca de provisões externas e exigirá sempre muito das pessoas e das situações para sentir-se seguro⁴⁶.

Levantamentos epidemiológicos relatam que no Brasil foi encontrada a média de 2,4 dentes afetados pela cárie em crianças de até 5 anos, sendo a maioria deles (80%) formada por dentes ainda não tratados (cariados)⁷⁰. O problema da cárie representa uma porta de entrada para as outras complicações bucais; complicações estas que podem levar a perda dos dentes. As perdas dentais podem levar os indivíduos à reclusão social e ao estresse. Os efeitos emocionais da perda total dos dentes, podem revelar uma ampla gama de reações, dentre as mais significativas o luto, perda da autoconfiança, queda da imagem própria, envelhecimento prematuro e sentimento de perda de porte de si mesmo⁴⁷.

As condições bucais e seu impacto na vida das pessoas têm influência direta nas suas atividades diárias. A boca tem função biológica (mastigação) e social (falar, sorrir, comunicar), o que conota proximidade e intimidade nas relações sociais e cotidianas e é instrumento de comunicação com o mundo e com a sociedade⁴⁸.

Considerando-se a saúde bucal como parte integrante e indissociável da saúde geral, a infância é o período que pode ser considerado o mais importante para o futuro da saúde bucal do indivíduo. Na infância, as noções e os hábitos de cuidados com a saúde devem começar a se formar, permitindo assim que as ações educativas implementadas mais tarde baseiem-se no reforço de rotinas já estabelecidas. Para tanto, torna-se importante, para a efetividade do esforço educativo, uma abordagem integrada e multiprofissional que inclua os meios de comunicação social, os

profissionais de saúde em geral e o pessoal não odontológico, incluindo-se aí família professores, especialmente os do ensino infantil e fundamental⁴⁹.

3.4 As Primeiras Práticas de Saúde Oral em Crianças

A preocupação com a saúde bucal de crianças se inicia já no período gestacional. A odontologia intrauterina se refere à construção da saúde bucal antes do nascimento. Para tanto, a mulher grávida é sensibilizada a fazer parte de um programa de acompanhamento odontológico, aumentando a chance de seu bebê ter mais saúde bucal. A assistência e o cuidado nesta fase possibilitam que a grávida tenha uma microbiota bucal compatível com saúde, minimizando assim a transmissão vertical de microrganismos patogênicos da mãe para seu filho. Permite ainda informar as mães a cuidarem melhor de seus filhos. Este modelo de odontologia intrauterina representa o pré-natal odontológico, que assiste e cuida da mãe com o objetivo de melhor cuidar de seu filho. O aconselhamento antecipado permite, ainda, evitar a instalação de hábitos prejudiciais à saúde do bebê. Todas as orientações servem não só para os pais, mas também para aquelas que convivem com os bebês⁵⁰.

Após o nascimento os cuidados com a cavidade bucal devem ser iniciados. A higienização da cavidade bucal antes da erupção dos dentes decíduos é recomendada por diferentes autores⁵¹⁻⁵³, e tem início geralmente aos 6 meses de idade, objetivando treinar os pais e a criança para a instalação desta prática. Embora a cavidade bucal não seja colonizada por bactérias cariogênicas antes do irrompimento dentário, a higiene bucal neste período é importante para que a criança se habitue com a manipulação da boca e com a sensação de boca limpa. São higienizados a língua, os rodets gengivais e a parte interna das bochechas e do vestíbulo para a remoção de restos de leite ou alimentos que ficam estagnados na cavidade bucal⁵⁴.

A higienização da cavidade bucal após o irrompimento dental é obrigatória, pois com o primeiro dente decíduo inicia-se a colonização bucal por bactérias cariogênicas e, assim, os cuidados de higiene bucal devem ser intensificados. Quanto mais tardio é o contato do *Streptococcus mutans* com o dente, mais difícil será o estabelecimento da bactéria na cavidade bucal⁵⁵.

Após o irrompimento dentário é recomendado o método de escovação dental que objetiva impedir a formação e o desenvolvimento do biofilme dental. É facilmente executável, simples e de baixo custo, especialmente no primeiro ano de vida⁵⁶⁻⁵⁸.

Com o irrompimento dos primeiros molares decíduos, por volta dos 16 meses de vida, e até os 3 anos de idade, a limpeza da cavidade bucal deve ser realizada com escova dental infantil, com cabeça pequena e estreita, cerdas macias ou extra macias, e extremidades arredondadas, que possibilitem uma boa empunhadura aos pais^{54,59,60}.

Não existe uma idade precisa em que a criança possua motricidade fina desenvolvida para realizar a higiene bucal sozinha. Porém, os pais podem orientar os filhos como proceder e monitorar esta atividade periodicamente, ou seja, a partir do momento em que a criança demonstrar interesse por escovar os dentes, essa atividade deve ser estimulada pelos pais, que a seguir devem então supervisionar a escovação⁵⁵.

Na primeira infância, é importante ressaltar que mais importante do que a técnica a ser executada é a frequência com que os dentes são escovados⁶¹.

A maior incidência de problemas bucais em crianças resulta em parte da falta de orientação adequada aos pais e responsáveis quanto à higiene bucal e de hábitos alimentares inadequados. A instituição precoce de hábitos de higienização bucal adequados propicia a adoção destas práticas por toda a vida⁵¹. As práticas de cuidados às crianças, de higiene, hábitos alimentares, educacionais, entre outros, abrangem uma parte do tempo que a família dedica com a criança, sendo incorporados desde tenra idade pela criança e, apesar de serem encaradas como atividades corriqueiras e repetitivas, constituem um domínio complexo e de grande importância para o desenvolvimento e saúde da criança⁶².

Os pais precisam ser orientados no intuito de transformarem as práticas em higiene oral em atividades prazerosas. Os pais precisam ter habilidade e segurança na hora da higienização. Criar rotinas de higiene bucal associadas a atividades lúdicas, transformando a hora da higiene bucal em diversão é uma ótima opção. É necessário também deixar as crianças confortáveis na hora da escovação, associando as práticas em higiene oral a momentos de conforto e descontração⁶³.

Quanto a alimentação, é recomendada a alimentação exclusiva no seio materno até os 6 meses de idade e, a partir do irrompimento dos dentes decíduos a

introdução gradativa de legumes e frutas, visto que, após a erupção dental, a criança pode iniciar a mastigação. Devem ser reiteradamente verificadas as práticas de higiene bucal e eliminados os hábitos deletérios, como o uso noturno de mamadeiras, a utilização de sacarose na dieta e a higiene bucal inadequada⁶⁴.

A frequência com que a higiene bucal deve ser efetuada varia conforme a idade. Em lactentes edêntulos deve ser realizada uma vez ao dia, de preferência à noite, enquanto em crianças com dentes, esta pode ser realizada duas vezes ao dia. Conforme a dentição decídua se completar, em torno dos vinte e quatro meses, os dentes podem passar a serem escovados três vezes ao dia, após o desjejum e o almoço, e antes de dormir⁵⁷. A utilização de fio dental é um complemento da higiene bucal que deve ser iniciado tão logo existam dois dentes incisivos irrompidos com presença de ponto de contato entre eles⁵⁸.

É necessária na manutenção da saúde bucal das crianças que os pediatras e outros profissionais da saúde trabalhem junto aos responsáveis após o nascimento, realizando adaptações nos hábitos de higiene oral segundo a idade e hábitos da criança, assim como as características das famílias^{58,65}.

3.5 A Importância das Práticas de Higiene Oral em Crianças

O ato de educar para as práticas de autocuidados em crianças é fator preponderante e tem um caráter preventivo ao longo da vida do indivíduo. A educação em saúde bucal possui um caráter relevante na prevenção das doenças que acometem a cavidade bucal, possuindo notória importância quando aplicada na primeira infância, com vista a desenvolver precocemente o discernimento sobre o cuidado com a saúde da boca e das estruturas que a compõem, bem como a estimulação de hábitos de higienização da cavidade bucal, instigando, assim, comportamentos saudáveis e evitando, também, tratamentos futuros⁶⁶.

A tarefa de passar ensinamentos em saúde oral para crianças é um trabalho educativo que deve ser fomentado o mais precipuamente possível, visto que em tenra idade o indivíduo está apto a aprender, facilitando o processo de ensino aprendizagem de hábitos saudáveis e refletindo, posteriormente, em uma sociedade conscientizada sobre a importância da prevenção para preservar-se de problemas bucais e de problemas de saúde em geral⁶⁷.

O que se observa nas últimas décadas em relação à saúde de crianças é a crescente prevalência de distúrbios resultantes de condutas nocivas à saúde e de doenças crônicas não-transmissíveis (neoplasias, hipertensão arterial, diabetes mellitus e outras), patologias que são peculiares em adultos, mas que têm sido observadas em crianças e adolescentes^{68,69}.

As más condições de higiene bucal podem causar doenças bucais, as quais têm o potencial de provocar ou agravar enfermidades (como doenças cardiovasculares e diabetes). A higiene bucal é parte fundamental da higiene corporal dos indivíduos. A saliva abriga inúmeros micro-organismos, fazendo com que a boca seja um ambiente favorável para a proliferação e crescimento destes. A falta de higiene e saúde bucal pode levar a uma baixa imunidade, aumentando os riscos de infecções e podendo levar a patologias altamente nocivas⁶⁹.

4 DISCUSSÃO

O assunto a ser discutido aqui é a eficácia da influência de hábitos de higiene oral em crianças. Apesar de ser um tema bem sucinto; apresenta grande complexidade em sua contextualização em função dos vários temas difusos relacionados ao assunto. São vários assuntos que se correlacionam e dão vazão a linhas de discussão que envolvem situações-problema que serão aqui abordados em dois aspectos. O primeiro ponto se refere às políticas públicas e sua real eficácia na implementação de hábitos de higiene na saúde oral em crianças, além de abordar a escola como difusora de educação em saúde. O segundo aspecto se relaciona com os tomadores dos serviços prestados pela saúde pública (criança, família) e a forma intrínseca como estes serviços são absorvidos.

O SUS (Sistema Único de Saúde) é o responsável pela gestão de políticas públicas voltadas a saúde oral de crianças através do Programa Brasil Sorridente. A PNAB (A Política Nacional de Atenção Básica) reafirma que a Estratégia Saúde da Família é prioritária para expansão e consolidação da atenção básica em saúde⁷⁰.

O material bibliográfico disponibilizado pelo Governo brasileiro a respeito do Programa Brasil Sorridente alardeia que as principais linhas de ação do programa são a reorganização do acesso à saúde bucal na Atenção Primária, principalmente com a implantação das equipes de Saúde Bucal (eSB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) atuando nas comunidades, através de seus agentes de saúde que procuram estreitar relações com as comunidades locais levando informação de autocuidado e prevenção de doenças bucais^{17,18}.

Em tese, o Programa Brasil Sorridente atuaria amplamente na área da prevenção de doenças orais em crianças. Contudo, estudos demonstram fragilidades no potencial da PNAB para promover mudanças nas práticas assistenciais deste programa, evidenciando que as ações continuam predominantemente centradas no médico, no tratamento e reabilitação de doenças e apresentando ainda deficiências no trabalho em equipe^{71,72}.

Uma problemática relacionada ao funcionamento do ESF trazida muito em voga diz respeito às condições de trabalho dos colaboradores em geral, incluindo a instabilidade dos vínculos trabalhistas, salários precários e jornada excessiva, problemas na relação quantitativa de equipe/população e déficits nos instrumentos e

ambiente de trabalho⁷³. O ser humano trabalha impulsionado por suas necessidades pessoais, sendo movido também por motivações intrínsecas, tais como o reconhecimento pela prestação de seus serviços, benefícios trabalhistas, alcance de progressão na carreira, dentre outras. Um funcionário mal remunerado que enfrenta jornadas de trabalho excessivas, terá automaticamente a sua produtividade reduzida. Na busca pela eficácia da influência de hábitos de higiene oral em crianças, que necessita de agentes de saúde atuando junto as comunidades dispensando ensinamentos em auto cuidado e prevenção, o que se pode observar, é que esta atuação dos agentes é reduzida, afinal cada agente de saúde é responsável por um número de famílias que não consegue suportar; atuando estes agentes com desmotivação e descontentamento com suas condições laborais.

Ainda pode ser citada como uma problemática no funcionamento da ESF uma questão relacionada a gestão; que é a da intersectorialidade, tão pontuada nos programas de gestão da saúde oral. Parece que os problemas na estrutura dos serviços e nos processos de gestão também se constituem em grandes desafios na construção do modelo prescrito para a atenção básica. Ainda são incipientes os espaços para a construção coletiva de novas práticas de saúde, pois as instâncias formais de pactuação entre gestores, trabalhadores e usuários, ainda se dedicam mais ao debate da organização e financiamento do sistema do que ao debate sobre a organização da atenção à saúde oral⁷⁴. Todo atendimento em saúde necessita de planejamento, coordenação da aplicação do que foi planejado, acompanhamento do alcance das metas planejadas e realinhamento das metas, caso os objetivos não sejam alcançados. Todos os setores envolvidos na saúde bucal precisam se articular em paralelo, trocando informações e experiências e propondo melhorias contínuas. Esta articulação entre os setores não acontece em se tratando de saúde bucal. Os problemas muitas vezes já são conhecidos pelos gestores, mas estes não se articulam para propor melhorias realmente eficazes e sanar as problemáticas em saúde oral no Brasil.

Um outro braço das políticas públicas voltado para a saúde oral em crianças é o Programa Saúde na Escola, que busca articular os espaços de aprendizagem às unidades básicas de saúde (UBS) nas comunidades, para que os primeiros cuidados com a boca e os dentes sejam efetivamente realizados. As primeiras tentativas de se implantar um atendimento em saúde bucal no Brasil se originaram na escola de forma

desinstitucionalizada. Nos dias atuais busca-se proximidade da escola com os sistemas de saúde de forma institucionalizada⁸.

A Educação em Saúde é tão importante quanto a Educação Acadêmica, representa a possibilidade da construção compartilhada de alternativas para a compreensão e enfrentamento do processo saúde-doença-cuidado e para a conquista de melhores condições de vida. Busca-se uma intercessão entre o saber técnico dos profissionais de saúde, os de educação e o saber baseado nas experiências de vida dos sujeitos⁷⁵.

Apesar da importância do processo de educação em saúde, os professores de uma forma em geral não conseguem ver a saúde como uma questão que não envolve apenas temas relacionados à higiene, alimentação e doenças. Portanto, na construção dos saberes em saúde é importante desenvolver uma conexão da saúde com as questões da qualidade de vida e da cidadania, utilizando temáticas mais abrangentes e complexas⁷⁶.

São essenciais os investimentos na formação e na qualificação dos docentes na expectativa de que eles consigam criar estratégias que fomentem a adoção de hábitos de vida mais saudáveis e que consigam de fato promover as mudanças individuais, coletivas e organizacionais necessárias⁷⁷. Os problemas relacionados a saúde bucal na escola vão requerer que seus dirigentes busquem aprimorar a formação de seus docentes e a implantação de metodologias mais eficientes e que proporcionem as crianças a assunção do protagonismo de suas vidas.

Em meio aos entraves constatados na aplicação eficaz das políticas públicas de saúde oral, não se pode negar que apesar de não apresentarem total eficácia, nos últimos anos, foi constatada uma relativa redução no número de doenças bucais, o que não pode ser refutado, mas sim, melhor compreendido⁸⁰.

Levantamento epidemiológico que comparou o CPO (Índice de ataque de cárie) em crianças de 12 anos entre os anos de 1986 a 2010 constatou que o CPO nesta faixa etária diminuiu, reduzindo de 6,65 para 2,07, mas, ainda assim, existem grandes variações na severidade das doenças bucais segundo a idade e entre as regiões do país. Este mesmo levantamento ressalta que uma atenção especial deve ser dada à dentição decídua. Avaliando o ataque de cárie em crianças de 5 anos (em que há presença majoritária de dentes decíduos), foi encontrada a média de 2,4 dentes

afetados, sendo a maioria deles (80%) formada por dentes ainda não tratados (cariados)⁷⁰.

Quanto às condições periodontais verificadas em crianças de até 12 anos no ano de 2010, 62,9% apresentaram todos os sextantes hígidos. A presença de cálculo foi a pior condição periodontal observada (23,7%) e, com relação ao sangramento, 11,7% do total de crianças apresentaram essa condição como escore máximo⁷⁰.*

Observou-se ainda que, quanto as condições oclusais, aos 12 anos de idade, no ano de 2010, a presença de oclusão considerada normal, segundo o Índice de Estética Dental (DAI), foi semelhante em todas as regiões do Brasil, com prevalência de cerca de 60%, apresentando o comprometimento de 40% de crianças com condições de oclusão alteradas⁷⁰. Quando comparado ao relatório do período anterior (2003) observou-se prevalência da condição oclusal muito severa ou incapacitante em cerca de 21% das crianças. Ou seja, entre os anos de 2003 e 2010 houve uma diminuição no número de crianças com oclusão alterada de 19%⁷⁸, entretanto, as crianças que apresentaram más oclusões tiveram um agravamento da doença. Relevante grifar aqui que no ano de 2010 o programa Brasil Sorridente completou seis anos de existência.

O levantamento em saúde bucal realizado no ano de 2010 relata ainda que as regiões que apresentaram maiores índices em doenças bucais em crianças foram as regiões norte e nordeste⁸¹.

Dando sequência a discussão do assunto em tela, a pretensão a partir de agora é a de abordar o segundo aspecto supracitado que diz respeito aos tomadores dos serviços em saúde oral que são objeto de estudo deste trabalho.

No ano de 2018, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua estimou que no Brasil 35,5 milhões de habitantes eram crianças (pessoas de até 12 anos de idade), o que correspondia a 17,1% da população brasileira estimada no ano da pesquisa⁷⁹.

Levantamento sociodemográfico realizado no ano de 2018, tendo como base dados do ano de 2017, divulgou que 47,8% das crianças e adolescentes brasileiros de até 14 anos viviam em situação domiciliar de baixa renda⁸⁰.

* Não houve a possibilidade de comparação com a pesquisa do período anterior (2003), pois não havia dados estatísticos envolvendo crianças na faixa etária de até doze anos.

As condições sociais demandam efetivamente a base para o padrão sanitário de um povo, assim como a posição de cada indivíduo na sociedade é uma base da própria saúde. É mais do que evidente o grande diferencial de risco ambiental ou físico a que estão submetidos os indivíduos conforme a sua posição social, e este risco fica mais evidenciado em crianças⁸¹.

Na área de saúde bucal, existe uma associação muito latente entre as condições bucais e determinantes sociais, desde o nível individual até às condições socioeconômicas, culturais e ambientais de caráter mais geral^{82,83}.

No caso particular do Brasil, o quadro epidemiológico de saúde bucal reflete com nitidez algumas das principais características de sua sociedade, como agudas desigualdades sociais, sistema educacional com ênfase na formação de nível superior e um grande número de pessoas de baixa renda e em estado de pobreza relativa ou absoluta⁸⁴.

As políticas públicas no Brasil, embora constituídas com suporte de leis federais (Legislativa), não encontram respaldo na realidade da saúde bucal das crianças no país. A saúde bucal em crianças deveria contar com estratégias de prevenção se forma prioritária, tendo em vista que diversos autores afirmam que a maioria dos problemas bucais podem ser evitados por intermédio de uma alimentação balanceada e de práticas de higiene bucal^{27,31,32}. Há um distanciamento entre as proposições contidas nos documentos oficiais do setor Saúde e a realidade institucional expressa no cotidiano dos serviços de saúde, evidenciado pelo pouco impacto das ações realizadas. Soma-se a isso o fato de que as políticas públicas direcionadas para as crianças e adolescentes, mais especificamente para os mais pobres, são geralmente distantes de suas reais necessidades, principalmente porque não consideram as condições de vida específicas dos diferentes grupos sociais⁸⁵.

Faz-se referência na área de saúde a políticas públicas que mais segregam do que agregam e que não conseguem beneficiar as camadas sociais mais baixas. O governo brasileiro parece se contentar com os índices insatisfatórios de seu Programa de atendimento em Saúde Bucal. Os problemas existem, são debatidos por autoridades da área médica, odontológica e educacional, mas ao que tudo indica as problemáticas não conseguem ser dissipadas transformando-se em problemas cíclicos que se acumulam e se multiplicam de forma cadenciada. É uma situação crônica de saúde pública que merece total atenção das autoridades e que precisa ser

modificada no sentido de se minimizar os danos causados a uma parcela da população indefesa que não consegue assumir o protagonismo de suas vidas, ficando presas a um ciclo de miséria sem fim agravado pela ocorrência de doenças que seriam fáceis de serem evitadas por intermédio de práticas em higiene oral.

A gravidade da falta de higiene oral em crianças abrange uma problemática de saúde pública que não diz respeito apenas a saúde oral destas crianças, e sim a saúde geral destes indivíduos, inclusive a saúde mental. A falta de saúde oral pode levar a problemas clínicos e psicológicos que podem impactar de forma drástica a qualidade de vida destes indivíduos.

Ao se explicar a respeito do tema aqui abordado encontram-se algumas limitações, que apesar de não interferirem no alcance dos seus objetivos, acabam por limitar o espectro deste estudo, sendo elas: 1) a falta de homogeneidade e padronização na apresentação dos relatórios anuais aqui utilizados quanto aos critérios qualitativos e quantitativos. Os relatórios não são categorizados e informações que podem ser encontradas em um ano não seguem a mesma linha de padronização no ano seguinte; 2) a falta de atualização dos relatórios governamentais em face da pandemia: Este estudo em princípio objetivava avaliar a situação em tela trazendo resultados atualizados até os dias atuais, o que não foi possível.

Os relatórios do SB Brasil 2020 e o censo 2022 estão com os seus resultados atrasados. As informações obtidas por intermédio de contatos realizados via e-mail e por telefone com os respectivos órgãos responsáveis, afirmam que estes relatórios devem ser divulgados a partir de julho de 2023. Destaca-se aqui o relatório SB Brasil que é um dos relatórios que norteiam as ações que deveriam ser estratégicas em relação a saúde oral em crianças. O relatório em questão mapeia as doenças bucais no Brasil por faixa etária, tipologia clínica, classe social, distribuídas pelos estados brasileiros, sendo de extrema valia para guiar as providências legislativas na área.

5 CONCLUSÃO

A eficácia da influência dos hábitos de higiene oral em crianças é sempre extremamente benéfica, porém no Brasil esta influência ainda não pode ser sentida em sua completude, apesar de haver todo um contexto em políticas públicas que se volta para a saúde oral das crianças.

As crianças são as mais vulneráveis em relação à saúde oral. Grande parte das crianças brasileiras vive em situação de vulnerabilidade social, muitas vezes sem a supervisão de um adulto em questões de higiene oral. Existe a crença limitante por parte de algumas famílias de que as crianças não necessitam de cuidados em relação a implantação de hábitos de higiene oral e na prevenção de doenças. Somado a este fato observa-se uma política pública que não consegue obter a aplicabilidade de seus ditames. As políticas públicas não conseguem se articular junto ao precário e problemático Sistema Único de Saúde e mudar o modelo assistencial que é praticado nos dias atuais, focado apenas no tratamento das doenças e na reabilitação das mesmas. Nesta seara, soma-se ainda a exigência da autonomia dos indivíduos nas questões do autocuidado e na manutenção da saúde oral em crianças. Tem-se que pessoas em situação de vulnerabilidade não dispõem de autonomia para lidar efetivamente com estas questões.

A escola por sua vez que seria a grande difusora dos ensinamentos na educação em saúde oral e na prevenção de doenças, apresenta pessoal desqualificado na construção de novos saberes e novas posturas frente aos problemas emergentes e hodiernos em saúde bucal da sociedade.

De certo que as políticas públicas em saúde bucal apresentaram melhoria nas condições de saúde oral em crianças nos últimos anos, tais como a redução do número de cáries, das más oclusões e dos problemas periodontais, mas quando se analisa os relatórios em saúde bucal, verifica-se que estas melhorias estão muito mal distribuídas entre as classes sociais, beneficiando as classes sociais mais altas, não sendo suficientes para a minimização dos problemas a níveis aceitáveis.

A gravidade da falta de higiene oral em crianças abrange uma problemática de saúde pública que não diz respeito apenas à saúde oral destas crianças, e sim a saúde geral destes indivíduos, inclusive a saúde mental, podendo estes problemas se perpetuarem por toda a vida. A falta de higiene oral pode levar a problemas orais que são capazes de desencadear ou agravar patologias graves como o caso das doenças

cardiovasculares, diabetes, dentre outras. Podendo ainda ocasionar transtornos psicossociais que dificultam a vida dos indivíduos em sociedade.

Para corrigir o problema e obter a eficácia da influência de hábitos de higiene oral em crianças não basta a edição de novas Leis focadas apenas em saúde bucal. As políticas públicas necessitam focar na edição de Leis que modifiquem as condições socioeconômicas e culturais das crianças em vulnerabilidade e de suas famílias articulando estas Leis de forma uníssona ao Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS*

1. Barbosa TS, Mialhe FL, Castilho ARF, Gavião MBD. Qualidade de vida e saúde bucal em crianças e adolescentes: aspectos conceituais e metodológicos. *Temas Livres Physis*. 2010 [acesso 2023 fev 07]; 20(1): 1-17. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/4r6jhJFxRcpVzTC3fpnPcbH/?lang=pt>
2. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília (1990 jul 13); Sec. 1:8009.*
3. Oliveira IB, Matos, MIS. Para maior glória do nosso Brasil”: educação e cuidados para a saúde bucal infantil, 1912-1940. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos* 25 (4) 2018 Oct-Dec 46-54 [acesso 2023 fev 07]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/6jwZtQPk8bVM64s5cdqHVkF/?lang=pt>
4. Locker D, Jokovic A, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Family impact of child oral and oro-facial conditions. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2002; 30(6): 438-48.
5. Conselho Regional de Odontologia do Paraná. Guia de orientação para saúde bucal nos primeiros anos de vida. 2. ed. Londrina: UEL; 2018.
6. Sigaud CHS, Santos BR, Costa P, Toriyama ATM. Promoting oral care in the preschool child: effects of a playful learning intervention. *Rev Bras Enferm*. 2017; 70(3): 519-25 [acesso 2023 fev 07]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/KD68FQZmXxnPSPHYVFcDbfk/?format=pdf&lang=pt>
7. Mott ML, Alves OSF, Muniz MA, Martino LVS, Santos APF, Maestrini K. Moças e senhoras dentistas: formação, titulação e mercado de trabalho nas primeiras décadas da República. *Hist Cienc Saude*. 2008;15(supl): 97-116.
8. Carvalho CL, Loureiro CA. A inserção da odontologia na saúde escolar. *Cad Odontol*. 1997; 1(1): 43-57.
9. Zanetti CHG. As marcas do mal-estar social no Sistema Nacional de Saúde: o caso das políticas de saúde bucal, no Brasil dos anos 80 [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ; 1993
10. Roncali AG. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminho compartilhado. *Ciênc saúde col*. 2006; 11(1): 50-65.

* De acordo com o Guia de Trabalhos Acadêmicos da FOAr, adaptado das Normas Vancouver. Disponível no site da Biblioteca: <http://www.foar.unesp.br/Home/Biblioteca/guia-de-normalizacao-atualizado.pdf>

11. Narvai PC, Frazão P. Políticas de saúde bucal no Brasil. In: Moysés TS, Kriger L, Moysés SJ, organizadores. Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas; 2008. p.1-20.
12. Fleury S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. Cienc Saude Col. 2009; 14(3): 743-52.
13. Manfredini MA. Saúde bucal no Brasil em 2008 e nos 20 anos de Sistema Único de Saúde. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília, DF; 2009. p.155-74.
14. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do programa de saúde da família. Diário Of União. 2000, 29 dez. Seção 1:85.
15. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília, DF; 2004.
16. Silvestre JAC, Aguiar ASW, Teixeira EH. Do Brasil sem dentes ao Brasil sorridente: um resgate histórico das políticas públicas de saúde bucal no Brasil. Cad ESP. 2013; 7(2): 28-39.
17. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF; 2022
18. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Programa Saúde na Escola e atenção odontológica. Brasília, DF; 2022.
19. Kowash MB, Pinfield A, Smith J, Curzon ME. Effectiveness on oral health of a long-term health education programme for mothers with young children. Br Dent J. 2000;188(4): 201-5.
20. Maltz M, Jardim JJ, Alves LS. Health promotion and dental caries. Braz Oral Res. 2010; 24(Suppl.1): 18-25.
21. OMS – Organização Mundial de saúde. Carta de Ottawa : primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. 1986 [acesso 2023 fev 23]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf
22. Castro, O. Reflexões em torno da autonomização. Rev Ens Sup. 41. Revista do SNE, Sup: julho-agosto-setembro. 2011 [acesso 2023 fev 23]. 58 – 64. Disponível em: <http://www.snesup.pt/cgi-bin/printpage.pl?/htmls/EFkFEZyyVuKhVISOmg.shtml>
23. Araújo A, Brito A, Novaes ML. Saúde e Autonomia: Novos Conceitos são Necessários? Ver Bioetica. 2008; 16(1): 120 –30.

24. Fleury T, Vaz FAC, Campos FCC; Álvares JA, Teixeira RA, Oliveira VA. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Cienc Saude Col.* 2008; 13(2): 2118-34.
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde - 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
26. Noronha JC, Gomes HE, Mordente CM, Souki BQ. Saúde bucal na infância e adolescência. *Rev Med.* 2019; 29: 86-90.
27. Fejerskov O, Kidd EAM, Nyvad B, Baelum V. Definindo a doença: uma introdução. In: Fejerskov O, Kidd EAM. *Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico.* São Paulo: Ed. Santos; 2011. p. 4-6.
28. Feldens CA, Giugliani ER, Vigo Á, Vítolo MR. Early feeding practices and severe early childhood caries in four-year-old children from southern Brazil: a birth cohort study. *Caries Res.* 2010; 44(5): 445-52.
29. Carter HG, Barnes GP. The gingival bleeding index. *J Periodontol.* 1974; 45(11): 801-5.
30. Fejerskov O, Kidd EAM, Nyvad B, Baelum V. Definindo a doença: uma introdução. In: Fejerskov O, Kidd EAM. *Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico.* São Paulo: Ed. Santos; 2011. p. 4-6.
31. Moyers RE. *Ortodontia.* 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1991.
32. Silva Filho OG, Freitas SF, Cavassan AO. Prevalência de oclusão normal e má oclusão em escolares da cidade de Bauru (São Paulo): parte I: relação sagital. *Rev Odontol Univ São Paulo.* 1990; 4(2): 130-7.
33. Bader G, Lavigne G. Sleep bruxism: an overview of an oromandibular sleep movement disorder. *Sleep Med Ver.* 2000; 4: 27-43.
34. Vanderas AP, Manetas KJ. Relationship between malocclusion and bruxism in children and adolescents: a review. *Pediatr Dent.* 1995; 17(1): 7-12.
35. Diniz MB, Silva RC, Zuanon AC. Bruxismo na infância: um sinal de alerta para odontopediatras e pediatras. *Rev Paul Pediatr.* 2009; 27(3): 329-34.
36. Ribeiro CA, Borba RIH. Crescimento e desenvolvimento da criança. In: Santos LES, organizador. *Creche e pré-escola: uma abordagem de saúde.* São Paulo: Artes Médicas, 2004. p. 81-113.
37. Leão E, Correa EJ, Viana MB. *Pediatria ambulatorial.* 2 ed. Belo Horizonte: Cooperativa Editora Médica e de Cultura Médica; 1989. p. 22-23.
38. Lima AJ, Junqueira JC, Almeida CJ. In Lima AJ, organizadores. *Pediatria essencial.* 5. ed. São Paulo: Editora Atheneu; 1998. p. 234-52.
39. Tollendal ME. *Estomatologia: preventiva e abrangente.* São Paulo: Pancast Ed.; 1991.

40. Tesch FC, Oliveira BH, Leão A. Mensuração do impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida de crianças: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saude Pub.* 2007; 23(11): 2555-64.
41. Paula JS, Leite IC, Almeida AB, Ambrosano GM, Pereira AC, Mialhe FL. The influence of oral health conditions, socioeconomic status and home environment factors on schoolchildren's self-perception of quality of life. *Health Qual Life Outcomes.* 2012; 10(6): 1-8.
42. de Paula JS, Leite IC, Almeida AB, Ambrosano GM, Mialhe FL. The impact of socioenvironmental characteristics on domains of oral health-related quality of life in Brazilian schoolchildren. *BMC Oral Health.* 2013; 13(10): 1-8.
43. Alvarez JHA. Impacto das doenças e distúrbios bucais na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pré-escolares e de seus pais. [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.
44. Veras A, Velêz Rodrigues E, Alves MK, Carvalho M, Ferreira J. Higiene bucal em pré-escolares pertencentes a um centro de referência de educação infantil em João Pessoa-PB. *Rcsne.* 2018; 16(1): 48-5.
45. Zimerman ED. Fundamentos psicanalíticos. Porto Alegre: Artmed, 1999.
46. Damini MM. Manual básico da criança: fase oral (Texto 2/6) São Paulo: Eu sem Fronteiras; 2020. p. 1 – 6.
47. Newton JT, Fiske J, Foote O, Frances C, Loh IM, Radford DR. Preliminary study of the impact of loss of part the face and its prosthetic restoration. *J Pros Dent.* 2006, 82(5): 585-90
48. Rodrigues JCO. Tabu do corpo. Rio de Janeiro: Achiamé; 2004.
49. Franchin V, Basting RT, Mussi AA, Flório FM. A importância do professor como agente multiplicador de saúde bucal. *Rev Abeno.* 2006; 6(2): 102-8.
50. Konish F. Odontologia intra-uterina. In: Cardoso RJA, Gonçalves EAN. *Odontopediatria: prevenção.* São Paulo: Artes Médicas; 2002. p. 113- 36.
51. Caufield PW, Cutter GR, Dasanayake AP. Initial acquisition of mutans streptococci by infants: evidence for a discrete window of infectivity. *J Dent Res.* 1993; 72: 37-45.
52. Goepferd SJ. Infant oral health: a rationale. *J Dent Child.* 1986; 53: 257-60.
53. Ripa LW. Nursing caries: a comprehensive review. *Pediatric Dent.* 1988; 10: 268-81
54. Toledo AO. *Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica.* São Paulo: Editorial Premier; 2005.
55. Kamp AA. Well-baby dental examination: a survey of preschool children's oral health. *Pediatric Dent.* 1991; 13: 86-90.

56. Griffen AL, Goepferd SJ. Preventive oral health care in infant, child, and adolescent. *Pediatr Clin North Am.* 1991; 38: 1209-26.
57. Martins ALC, Tessler APCV, Corrêa MSNP. Controle mecânico e químico da placa bacteriana. In: Correa MSNP. *Odontopediatria na primeira infância.* São Paulo: Ed Santos; 1998.
58. Ramos N. *Psicologia clínica e da saúde.* Lisboa: Universidade Aberta. 2004 [acesso 2023 fev 23]. p. 283 – 295. Disponível em: <https://catalogo.biblioteca.uab.pt/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=23829>
59. Corrêa MSNP. *Odontopediatria na primeira infância.* São Paulo: Ed. Santos; 1998.
60. Peres SHCS, Cardoso MTV, Garcez RMVB, Peres AS, Bastos JRM. Tratamento alternativo de controle da cárie dental no período materno-infantil. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 2001; 55: 346-50.
61. Eduardo MAP, Long SM, Chelotti A. Escovação em crianças durante a primeira infância: avaliação das posições adotadas por adultos. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 1997;53: 316-9.
62. Ramos N. *Psicologia clínica e da saúde.* Lisboa: Universidade Aberta. 2004 [acesso 2023 fev 23]. p. 283 – 95. Disponível em: <https://catalogo.biblioteca.uab.pt/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=23829>
63. Cota ALS. Atividades Lúdicas como estratégia para a promoção da saúde bucal infantil. *Saude Pesq.* 2017; 10(2): 365-71.
64. World Health Organization. Up to what age can a baby stay well nourished by just being breastfed. 2007 jun [acesso em 2023 fev 09]. Disponível em URL:<http://www.who.int/features/qa/21/en>.
65. Rayner AJ. The first dental visit: a UK viewpoint. *Int J Paed Dent.* 2003; 13: 269-73.
66. Silvestre JAC, Dias MAS, Teixeira EH. Concepções de promoção da saúde presentes nas Conferências Nacionais de Saúde Bucal. *Rev Bras Prom Saude.* 2012; 25 (3): 305-10.
67. Bottan ER, Campos L, Verwiebe APS. Significado do conceito de saúde na perspectiva de escolares do ensino fundamental. *Rev Bras Prom Saude.* 2008; 21(4): 240-5.
68. Matsudo SMM, Bertoli CJ, Adami F, Abreu LC. Nível de atividade física em crianças e adolescentes em diferentes regiões de desenvolvimento. *Ver APEF.* 1998; 3(4): 191-4.
69. Kyle UG, Gremion G, Genton L, Slosman DO, Golay A, Pichard C. Physical activity and fat-free and fat mass by bioelectrical impedance in 3853 adults. *Med Sci Sports Exerc.* 2001; 33(4): 576-84.

70. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Série E: legislação em saúde. Brasília, DF; 2012 [acesso em 2023 fev 10]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
71. Scherer MDA, Pires DEP, Jean R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da equipe de saúde da família. *Cien Saude Colet*. 2013; 18(11): 3203-12.
72. Fertoni HP. Desafios de um modelo assistencial em defesa da vida, da saúde e da segurança: o que dizem os usuários da atenção básica [Tese de doutorado]. Florianópolis: UFSC; 2010.
73. Trindade LL, Pires DEP. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. *Rev Texto Contexto*. 2013; 22(1): 36-42.
74. Teixeira CF, Solla JP. Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: EDFBA; 2006. p. 26-227.
75. Pedrosa JIS. Educação popular e promoção da saúde: bases para o desenvolvimento da escola que produz saúde. In: Ministério da Saúde. Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde; 2006. p. 41-8.
76. Fernandes MH, Rocha VM, Souza DB. A concepção sobre saúde do escolar entre professores do ensino fundamental (1ª a 4ª séries). *Hist Cienc Saude*. 2005; 12(2): 283-91.
77. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. A promoção da saúde no contexto escolar. *Rev Saude Pub*. 2002. 36(2): 533-5.
78. Ministério da Saúde. Pesquisa nacional de saúde bucal. Brasília, DF; 2003 [acesso em 2023 fev 13]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes_saude_bucal.pdf
79. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. Brasília-DF; 2018 [acesso em 2023 fev 14]. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/criancas/brasil/2697-ie-ibge-educa/jovens/materias-especiais/20786-perfil-das-criancas-brasileiras.html#:~:text=A%20Pesquisa%20Nacional%20por%20Amostra,d e%20cerca%20de%20207%20milh%C3%B5es>.
80. ABRINQ. Cenário da infância e adolescência no Brasil. São Paulo; 2018 [acesso em 2023 fev 14]. Disponível em: <https://www.fadc.org.br/sites/default/files/2019-02/cenario-brasil-2018.pdf>.
81. Fleury TP. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. *Saude Deb*. 2009; 33(83): 380-7.

82. Fischer TK, Peres KG, Kupek E, Peres MA Indicadores de atenção básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, provisão de serviços, fluoretação de águas e a estratégia da saúde da família no Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2010; 13(1): 126- 38.
83. Garcia I, Tabak LA. Global oral health inequalities: the view from a research funder. *Adv Dent Res.* 2011; 23(2): 207-10.
84. Sales PSHC, Bastos JRM. Perfil epidemiológico de cárie dentária em crianças de 12 anos de idade, residentes em cidades fluoretadas e não fluoretadas, na região centro-oeste do Estado de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Pub.* 2002; 18(5): 250-65.
85. Tavares MFL. Da saúde escolar à escola saudável: construindo espaços de promoção da saúde. *Saude Mov.* 2002; 5: 159-73.