

Odontologia Preventiva: revisão de literatura.

Melina do Amaral Costa Cruz^a Simone Alves Garcez Guedes^b

^(a) Graduanda em Odontologia – Universidade Tiradentes;

^(b) Ms. Professora do Curso de Odontologia – Universidade Tiradentes

Resumo

Grande parte da população brasileira não tem informações e orientações necessárias para adequar o meio bucal de uma forma saudável e não relaciona a saúde da boca como parte integrante da saúde geral do corpo. Esse estudo é uma de revisão de literatura sobre a odontologia preventiva na primeira infância. Observa-se que a assiduidade às consultas é um fator fundamental para a melhoria nos níveis de saúde bucal das crianças, sendo assim, constatou-se também que da população que não recebeu atendimento odontológico precoce, 68,57% já apresentava presença de placa bacteriana visível ou lesão cariosa a olho nu. Ainda sobre o conhecimento da cárie em relação a sua transmissibilidade cerca de 39,1% acreditam que a cárie é doença, mas não é transmitida. No entanto com o Programa de Saúde da Família e a inserção do Cirurgião-dentista na mesma em 2001, os profissionais de saúde vem trabalhando com práticas preventivas e informações à população para poder viabilizar um tratamento mais digno à população, inclusive aos menos favorecidos proporcionando assim, uma atenção em saúde bucal para essa a comunidade.

Palavras-chaves: odontologia preventiva; prevenção; saúde bucal;

ABSTRACT

A great deal of the Brazilian population doesn't have information and guidance to manage the oral environment in a healthy way. They don't relate the mouth's health as part of the overall health. This study is a literature review on early childhood preventive dentistry. It is observed that the attendance to dental appointments is a key factor to improve levels of children's oral health. It was also found that from the population who did not receive early dental care, 68.57% already had the presence of bacterial plaque or carious lesion visible to the naked eye. On the knowledge of caries transmissibility approximately 39.1% believe that caries is a disease, but is not transmitted. However, with the Family Health Program and the insertion of DDS in it on the year 2001, health professionals have been working with preventive practices and information to the public in order to enable a more dignified treatment to the population. Including the disadvantaged thus providing better oral health care for this community.

Key-Words: preventive dentistry; prevention; oral health

1. Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde se define com “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez”, e qualquer alteração de um desses fatores podem acarretar e influenciar na saúde bucal do indivíduo, cuja, pode ser condicionada a partir do estilo de vida, padrões de dieta e características sócio-econômicas de um cidadão (ARAÚJO, BRITO, NOVAES, 2008).

A boca é considerada uma porta de entrada do corpo humano, nos deixando vulneráveis à invasão de bactérias. Então devemos dar a mesma importância à saúde bucal, assim como cuidamos do resto do nosso corpo. Sendo de grande relevância a avaliação da população alvo, nesse caso pais e/ou responsáveis e crianças, sobre ações preventivas quanto à saúde bucal, pois muitas vezes pais e/ou responsáveis não têm informações suficientes para execução dessas medidas preventivas em relação à saúde bucal dos seus bebês e crianças.

Uma das principais manifestações sobre a inadequação do meio bucal é a presença da doença Cárie. A odontologia tradicional define a cárie como “cavidade no esmalte e dentina”, considerando livres de cárie aqueles indivíduos que não apresentam esse tipo de lesão (GUARIENTI, BARRETO, FIGUEIREDO, 2009).

Sabe-se que a dieta desempenha um papel fundamental no desenvolvimento da cárie dental em todos os grupos etários, entretanto essa relação assume uma posição ainda mais relevante quando analisada em relação ao público infantil. Um comportamento de risco em relação à dieta, estabelecido no primeiro ano de vida, tende a se manter durante toda a infância pois é essa a época em que os hábitos relacionados à saúde bucal são formados e firmados (FADEL, 2003).

A odontologia preventiva é de extrema importância para que se defina no paciente um tratamento atraumático e não invasivo, pois é um tratamento que emprega a educação como principal ferramenta.

O objetivo desse trabalho é realizar uma revisão de literatura para conscientizar pais e/ou responsáveis que a saúde bucal é tão importante quanto à saúde do corpo, pois através da cavidade oral podemos diagnosticar e prevenir uma série de doenças.

2. Referencial Teórico

2.1 Prevenção na saúde.

Nos últimos anos, a saúde vem sofrendo modificações significativas, principalmente no que diz respeito à prevenção. Isso de uma forma geral, principalmente em relação à saúde bucal. A cárie dentária, em especial a cárie precoce da infância, tendo sua etiologia e evolução conhecida, pode ser erradicada ou controlada adotando-se medidas educativas precoces. Estas ações envolvem o odontopediatra, o pediatra e o enfermeiro materno-infantil (SILVA, 2009).

Segundo a Constituição de 1988 no Art. 196, a saúde se define como um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. No Art. 197. as ações e serviços de saúde são consideradas de relevância pública, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988).

Ainda no Art. 200, ao Sistema Único de Saúde compete, algumas atribuições, como : controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, integrando o texto da então nova Constituição,

e constituiu uma das mais importantes conquistas no campo social que os trabalhadores obtiveram no momento em que o país retomava o caminho democrático. Isso porque, naquele momento, o Brasil estava formalmente criando um sistema público universal. Ao fazer isso, o país passou a ser o único do gênero na América Latina (MARQUES, MENDES 2010).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994, inspirado em experiências de países como Cuba, Inglaterra e Canadá, com o principal propósito de reorganizar, em novas bases, a atenção primária à saúde. No momento, o Programa está presente em quase 5.000 Municípios, e atinge aproximadamente 45% da população no Brasil, tendo maior presença nas áreas urbanas e rurais de baixa renda das Regiões Norte e Nordeste. Considerando que o sucesso do Programa se baseia na participação e no envolvimento da população com os trabalhadores e suas práticas, torna-se necessária a reflexão sobre as sutilezas envolvidas nas relações interpessoais que perpassam essa prática de atenção primária à saúde (TRAVERSO-YÉPEZ, MORAIS, CELA, 2009).

Priorizando as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, por meio de atendimentos prestados na unidade básica de saúde, no domicílio ou através da mobilização da comunidade. Fundamentando-se nos princípios da atenção básica no Brasil, quais sejam: integralidade, qualidade, equidade e participação social, os profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, odontólogos, assistentes de odontologia e agentes comunitários de saúde) são organizados em equipes, que propõem práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas dirigidas às populações de territórios delimitados. A atuação das equipes caracteriza-se como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde e propõe-se, ainda, intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta, prestando assistência integral, permanente e de qualidade e realizando atividades de educação e promoção da saúde (BRASIL, 2005).

A equipe de saúde bucal, embora inserida somente em 2001 nesse contexto do PSF, apresenta-se como parte integrante e importante para a saúde da população. Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde Bucal propõe a incorporação progressiva de ações de promoção e proteção em saúde, como fluoretação das águas de abastecimento, educação em saúde, higiene bucal supervisionada e aplicações tópicas de flúor. Com exceção da fluoretação da

água, as demais ações estão diretamente relacionadas ao papel do cirurgião-dentista como ator desse processo. Fatores que atuam de forma determinante na redução da doença cárie (ALMEIDA, FERREIRA, 2008).

O papel do cirurgião-dentista dentro do contexto de saúde bucal da criança é fundamental, uma vez que este profissional conhece os fatores etiológicos e os meios de prevenção e controle das doenças bucais. A responsabilidade profissional é ampliada a cada dia porque a maioria das mães e professores desconhece os sinais clínicos iniciais da doença cárie (LIMA *et al*, 2008).

2.2 Cárie

Pode-se definir a cárie dentária como um processo de dissolução do esmalte ou de dentina, causada por ação bacteriana na superfície do dente e mediado por um fluxo físico-químico de íons dissolvidos em água (SILVA, 2009). É produto direto da variação contínua do pH da cavidade bucal, sendo o resultado de sucessivos ciclos de desmineralização e de remineralização (DES x RE) de minerais presentes na saliva, como o cálcio e o fosfato sobre a superfície dentária, sendo que a perda do equilíbrio DES X RE ocorre quando o pH fica abaixo de 5,5 ou 4,5 quando na presença de flúor. A odontologia tradicional define a cárie como “cavidade no esmalte e dentina”, considerando livres de cárie aqueles indivíduos que não apresentam esse tipo de lesão (GUARIENTI, BARRETO, FIGUEIREDO, 2009).

Silva (2009) afirma que a doença cárie foi considerada uma doença infecto-contagiosa, de etiologia bacteriana e reversível. Porém a sua reversibilidade vem sendo tratada de forma equivocada, já que tais procedimentos são empregados quando já se tem o resultado da doença, ou seja, a cavitação do esmalte dentário. Não levando em conta que a cárie se inicia com a mancha branca de esmalte, sendo nesse estágio possível a sua reversibilidade.

A cárie de acometimento precoce envolve um ou mais dentes que se apresentam com lesões brancas ou cavitadas, perdidos (devido à cárie), ou dentes com superfície restaurada desde os primeiros anos de vida até a idade de cinco anos. Esse padrão de cárie pode também apresentar-se de forma mais severa com muitos dentes envolvidos e rápida evolução, afetando principalmente as superfícies consideradas de baixo risco, como as faces vestibulares de incisivos e faces

linguais e vestibulares de molares superiores e inferiores (DITTERICH *et al* 2004).

Em uma pesquisa realizada por Milanez e Walter (1997) foram examinadas 70 crianças de 18 à 40 meses de idade de ambos os sexos que frequentavam duas creches da cidade de Londrina obtendo-se uma amostra aproximada de 90% de crianças nessa faixa em cada creche. Nas 70 crianças estudadas, observou-se a presença de placa visível na superfície vestibular dos incisivos superiores e a presença de cárie dentária ou não nessas crianças. Verificaram também que houve uma relação entre a presença de placa visível e a presença de cárie dentária, uma vez que, da população que não recebeu o atendimento precoce, 68,57% apresentou placa visível e presença de cárie em 25,71 % das crianças. Enquanto que, da população que recebeu este atendimento, 25,70% apresentou placa visível nos dentes e somente 2,85% apresentou presença de cárie.

As crianças são levadas ao pediatra muito antes de o serem ao odontopediatra, demonstrando a responsabilidade deste profissional, que poderá vir a ser, quem sabe, o primeiro educador da saúde bucal de seus pacientes. No desenvolvimento de seu trabalho, principalmente no serviço público, o pediatra tem sempre o apoio da enfermagem, que assiste de modo peculiar à criança e sua mãe com diferentes recursos técnicos e, em especial, com procedimentos educativos, inclusive porque é cobrado desde cedo o acompanhamento das crianças por esses profissionais (SILVA, 2009).

Teoricamente, a assiduidade às consultas é um fator fundamental para a melhora nos níveis de saúde bucal das crianças, pois, nos retornos de cada consulta (rechamadas), são reforçados os conceitos de prevenção, os hábitos domésticos de higiene e dieta, e são realizadas a profilaxia clínica e a aplicação tópica de flúor, de acordo com a necessidade de cada paciente (LEMOS *et al*, 2008).

Pesquisa feita por Lemos *et al* (2008) realizada em uma Unidade de Saúde do Sistema Municipal de Saúde do município de Jacareí/SP, na qual se encontra instalada a Bebê Clínica, serviço de referência para o atendimento odontológico a crianças de 0 a 48 meses de idade. Participaram do estudo um grupo de 100 crianças com faixa etária entre 0 e 48 meses, sem distinção de gênero ou raça e com estado de saúde aparentemente normal. Os dados obtidos no presente estudo confirmaram a hipótese de que o fator assiduidade às consultas odontológicas interferem positivamente na saúde bucal dos indivíduos que participam da Bebê Clínica da Prefeitura do Município de Jacareí/SP.

A consulta do pediatra será o momento de instituir essas Ações Básicas de Saúde. Geralmente os pais também solicitarão orientações educativas, alimentares e em relação aos hábitos das crianças, devendo sempre respeitar as condições e hábitos culturais de cada família, a idade da criança e a sua condição de vida. O hábito alimentar saudável se aprende desde a mais tenra idade, não se devem substituir alimentos por guloseimas que poderão ser oferecidos como sobremesas em alguns dias (CORRÊA, 2001).

Pesquisa realizada por Silva (2009) envolvendo profissionais da saúde: pediatras, enfermeiro materno-infantis, estudantes de medicina e enfermagem, que atuam em duas cidades do sul de Minas Gerais, sobre o conhecimento da cárie dentária como uma doença transmissível e reversível, mostrou através da observação e análise dos dados coletados, que o primeiro profissional a perceber as manchas brancas foi o pediatra, seguido pelo enfermeiro materno-infantil, depois pelos estudantes de medicina e por último os estudantes de enfermagem (SILVA, 2009).

É comum após o primeiro ano de vida ocorrer a diminuição de apetite em relação aos meses anteriores, portanto deve-se estipular horários das refeições, que variam em número e quantidade, dependendo da faixa etária da criança, e não incorrer em erros já mencionados sobre substituição da alimentação (CORRÊA, 2001).

Essas ações educativas tem tido grande sucesso em pré-escolas, onde entendemos seu potencial de grande abrangência de informações e orientações, capaz de multiplicar o saber, passando a ser um veículo importante para a conquista de uma maior qualidade de vida. Na pré-escola é onde se inicia o processo educativo, e podemos fazer uso disso para promover e desenvolver ações de saúde, pois a consideramos como uma extensão do ambiente familiar. Além dos alunos, os pais/responsáveis tomam conhecimento sobre medidas saudáveis (GUARIENTI, BARRETO, FIGUEIREDO, 2009).

Com o objetivo de avaliar os hábitos e conhecimentos de escolares que participam de um programa educativo preventivo desenvolvido pela Universidade Federal de Alfenas, Minas Gerais, ORSI *et al*, (2009) realizaram uma pesquisa onde a amostra foi de 386 escolares de ambos os sexos, regularmente matriculados em quatro escolas públicas de Alfenas, Minas Gerais, onde o programa é desenvolvido. O critério necessário para participar do estudo foi o escolar ter recebido o programa por quatro anos consecutivos. Os dados foram coletados

através de um questionário sobre o conhecimento em saúde bucal. Sobre a transmissibilidade da cárie, 39,1% responderam que a cárie é doença, mas não é transmitida. A maioria dos entrevistados, 88,6%, usa sua própria escova para escovar os dentes. Sobre o uso do fio dental 41,97% dos entrevistados responderam que é para “remover restos de alimentos e placa bacteriana entre os dentes”. Quando questionados sobre a utilidade do uso do flúor 53,62% responderam que é para “evitar que os dentes tenham cárie”.

Um questionário elaborado com perguntas sobre a saúde bucal da criança foi aplicado aos alunos do último ano de magistério da rede pública de Londrina, PR. A população do estudo foi de 336 pessoas do universo de 436 regularmente matriculados no 4º ano do magistério do Instituto de Educação Estadual de Londrina e do colégio Maria do Rosário Castaldi. A pesquisa mostrou que os alunos do 4º magistério da rede pública de Londrina estão devidamente informados sobre saúde bucal, tratamento odontológico, e ações preventivas (DALTO, FERREIRA, 1998).

Para realização dessas ações devem ser observados alguns valores como: a filosofia de vida da população-alvo e suas características socioeconômicas para assim dar início à uma estratégia, que pode ter caráter de motivação mediante a educação e conscientização da população-alvo (GUARIENTI, BARRETO, FIGUEIREDO, 2009).

O aumento da cárie esteve associado ao aumento no consumo do açúcar, pois em todos os países nos quais a prevalência da cárie aumentou, houve também o aumento no consumo “*per capita*” desse produto. Isso é justificado em função dos carboidratos da dieta serem estimuladores do processo de desmineralização e exercerem seu efeito cariogênico localmente na superfície do dente. Todos os açúcares comuns da dieta alimentar (sacarose, glicose, frutose e lactose) são utilizados no metabolismo de energia de muitas bactérias da placa, portanto estando sujeitos a serem fermentados por esses microorganismos (FADEL, 2003).

Outro fator importante para a cariogenicidade de um alimento é o seu grau de solubilidade: quando baixo, restos alimentares permanecem aderidos à superfície dental por maior período de tempo, aumentando o seu potencial cariogênico. Ainda, a frequência de ingestão e o tempo de remoção do alimento da boca, influem profundamente na sua cariogenicidade (FADEL, 2003).

É importante salientar que existe um longo caminho entre a ocorrência de perdas minerais incipientes e não visíveis clinicamente até a instalação das manchas brancas e posterior aparecimento de cavitações. A mancha branca ativa representa o primeiro sinal clínico da cárie. Quanto mais cedo for diagnosticada a doença, maiores serão as possibilidades de intervenção, causando o mínimo prejuízo ao paciente, além de possibilitar um melhor prognóstico para a doença e um tratamento mais rápido e eficaz, pois evitaria que a procura pela assistência odontológica ocorresse somente após a cavitação das lesões ou após o surgimento de sintomatologia dolorosa (SILVA, 2009).

3. Discussão

Com esse trabalho de revisão de literatura podemos observar que a população brasileira em grande maioria considera a cárie como uma doença, contudo os mesmos não conhecem o seu potencial de transmissibilidade. Porém consideram o uso do fio dental importante para remoção dos resíduos alimentares, e conhecem a importância do flúor para prevenção de cárie.

Os profissionais de saúde, como pediatras, enfermeiros materno-infantil e odontopediatras, vem realizando importante papel nas políticas públicas de promoção e prevenção de saúde nas unidades de saúde e nas escolas, a mídia também é bem utilizada através de panfletos, cartazes, televisão e rádios. De acordo com um estudo elaborado por Guarienti, Barreto e Figueiredo, em 2009, a maioria dos pais (56%) relacionou a saúde bucal com a saúde no corpo como um todo, seguido daqueles que acreditam que a saúde bucal está relacionada apenas com a higiene (20%). Levantando a hipótese de que grande parcela dos pais ou responsáveis não têm informações preventivas em relação à saúde bucal dos seus bebês e crianças.

Porém isso vem melhorando de forma contínua após a inserção do cirurgião dentista do PSF em 2001, conseguindo assim um maior controle sobre a saúde bucal da população alvo. Através de medidas preventivas por meio de consultas nas unidades de saúde, onde a população vem até o Cirurgião Dentista, ou também através de visitas domiciliares, onde a equipe do PSF vai até a casa das famílias, conhecer assim o seu ambiente e suas condições de moradia para detectar alguns determinantes do

processo saúde-doença e apresentar as orientações apropriadas de acordo com suas necessidades.

Também observamos que a assiduidade às consultas é diretamente proporcional à prevenção e manutenção da saúde bucal. Onde após o tratamento o retorno também se faz de forma necessária para, no mínimo de 6 em 6 meses, ser realizada a profilaxia e a aplicação tópica de flúor, de acordo com o plano de tratamento traçado para cada paciente.

4. Considerações Finais

Mediante os estudos relatados nesse trabalho podemos afirmar que não só a população vem sendo mais bem informada sobre saúde bucal, sua manutenção e a doença cárie. Mas também professores, pais e/ou responsáveis e profissionais da saúde.

Não se tratando somente de informações e orientações, os profissionais vêm elaborando estratégias de prevenção e promoção de saúde bucal. Quando em ambiente escolar ou familiar, a estratégia adotada é a educação em saúde para a população alvo. Em relação aos profissionais da área da saúde, as estratégias adotadas são consultas mais frequentes para manutenção e controle da saúde bucal.

Por meio de políticas públicas de prevenção e promoção de saúde pode-se viabilizar um tratamento mais digno à população, inclusive aos menos favorecidos. A inserção do Cirurgião-dentista no PSF proporcionou uma atenção em saúde bucal para essa população alvo, tornando-a mais consciente e cautelosa sobre os riscos de contaminação à doença cárie e como preveni-la.

Referências

1. ALMEIDA, G.C.M. ; FERREIRA , M.A.F. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(9):2131-2140, set, 2008
2. ARAÚJO, A.A.; BRITO, A.M.; NOVAES, M. Saúde e autonomia: novos conceitos são necessários?**Revista Bioética** 2008 16 (1): 117 – 24
3. BRASIL , **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.
4. CORRÊA, M.S.N.P. **Odontologia na primeira infância** 36-37, 2001
5. DALTO , V. ; FERREIRA , M.L. Professores como agentes promotores da saúde bucal *Semina* v. 19 ed. especial p. 47-50 fev. 1998
6. Ditterich, R.G.; Romanelli, M.V. ; Rastelli, M.C.; Wambier, D.S. **CÁRIE DE ACOMETIMENTO PRECOCE: UMA REVISÃO** Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde, Ponta Grossa, 10 (3/4): 33-41, set./dez. 2004
7. FADEL, C.B.; **CÁRIE DENTAL PRECOCE: qual o verdadeiro impacto da dieta em sua etiologia?** Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde, Ponta Grossa, 9 (3/4):83,89, set./dez. 2003
8. LEMOS , L.V.F.M. ; BARBOSA , D. L. ; RAMOS , C.J. ; MYAKI , S.I. Influência do Fator Assiduidade à Consulta Odontológica na Prevalência de Cárie Dentária em Indivíduos Atendidos na Bebê Clínica da Prefeitura do Município de Jacareí, SP, Brasil *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, 8(2):203-207, maio/ago. 2008
9. LIMA, J.M.C. ; SILVA, A.C.B. ; FORTE, F.D.S. ; SAMPAIO, F.C. , Risco e prevenção à cárie dentária: avaliação de um programa preventivo aplicado em uma clínica infantil. *RGO*, Porto Alegre, v. 56, n.4, p. 367-373, out./dez. 2008
10. GUARIENTI, C.A.; BARRETO, V.C.; FIGUEIREDO, M.C. Conhecimento dos Pais e Responsáveis Sobre Saúde Bucal na Primeira Infância. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, 9(3):321-325, set/dez. 2009
11. MARQUES ,R. M. ; MENDES, A.; A luta pelo financiamento da Saúde Pública Brasileira: de 1985 a 2008, *Universidad Popular Madre de Plaza de Mayo* 2000-6 de abril. IV Encuentro Internacional Economía Política y Derechos Humanos , 9-11 Septiembre 2010 CEMOP 2010
12. MILANEZ , F.G.; WALTER , L.R.F. ESTUDO Comparativo entre a Presença de Placa Visível e Cárie Dentária em Crianças de 18 a 40 meses de 2 Populações Distintas *Semina*. v. 18, ed. especial, p. 47-50, fev. 1997
13. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. (2005). O processo de trabalho em saúde. In *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em*

saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção de cuidado em saúde (pp. 69-79). Rio de Janeiro: Autor/FIOCRUZ.

14. ORSI , V.M.E. ; PEREIRA , A.A. ; FLÓRIO, F.M. ; SOUZA , L.Z. ; BOARETTO , P. ; PINHEIRO , P.P.S. ; AGOSTENELI , S.M.C. Hábitos e conhecimentos de escolares sobre saúde bucal RGO, Porto Alegre, v. 57, n.3, p. 291-296, jul./set. 2009
15. SILVA, J.B.O.R. Cárie dentária: uma doença transmissível e reversível PEDIATRIA (SÃO PAULO) 2009;31(1):26-33
16. TRAVERSO-YÉPEZ,M.;MORAIS A. S.; CELA M.. Construções Discursivas acerca do Usuário do Programa Saúde da Família (PSF) PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO, 29 (2), 364-379 ,2009.